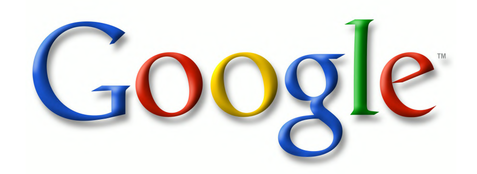


MONOGRAPHIEN ZUR
FRAUENKUNDE UND KONSTITUTIONSFORSCHUNG
FORTSETZUNG DER MONOGRAPHIEN ZUR FRAUENKUNDE
UND EUGENETIK, SEXUALBIOLOGIE UND VERERBUNGSLEHRE
HERAUSGEGEBEN VON DR. MAX HIRSCH, BERLIN

Nr. 11

SOZIALHYGIENISCHE PROBLEME IN DER GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

EIN BEITRAG ZUR SOZIALGYNÄKOLOGIE

VON

DR. ALBERT NIEDERMEYER
SCHÖNBERG, OBER-LAUSITZ



1 9 2 7

LEIPZIG / VERLAG VON CURT KABITZSCH




UNIVERSITY
OF MINNESOTA
OMNIBUS
ARTIBUS
COMMUNE
VINCULUM





MONOGRAPHIEN ZUR
FRAUENKUNDE UND KONSTITUTIONSFORSCHUNG
FORTSETZUNG DER MONOGRAPHIEN ZUR FRAUENKUNDE
UND EUGENETIK, SEXUALBIOLOGIE UND VERERBUNGSLEHRE
HERAUSGEGEBEN VON DR. MAX HIRSCH, BERLIN

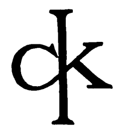
Nr. 11

SOZIALHYGIENISCHE PROBLEME IN DER GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

EIN BEITRAG ZUR SOZIALGYNÄKOLOGIE

VON

DR. ALBERT NIEDERMEYER
SCHÖNBERG, OBER-LAUSITZ



1927

LEIPZIG / VERLAG VON CURT KABITZSCH

Druck von Fritz Hendrich & Co., Gera.

Printed in Germany



HERRN PROFESSOR
DR. LUDWIG FRAENKEL IN BRESLAU
GEWIDMET.

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
Einleitung	9
Einführende Literatur	11
Kap. I. Soziale Probleme in der Gynäkologie, mit besonderer Berücksichtigung der operativen Gynäkologie	13
Allgemeiner Teil	13
Krankheit und soziale Lage	14
Soziale Indikationen in der Gynäkologie	14
Besonderer Teil	18
Lageanomalien	18
Krankheiten infolge des Geburtstraumas	25
Entzündliche Erkrankungen	26
Kleingynäkologische Eingriffe	32
Hysterie	36
Obstipation	38
Menstrualgiftfrage	39
Fluor	40
Unfallverletzungen	41
Mißbildungen	42
Kosmetische Operationen	47
Abdominale oder vaginale Operationen?	48
Konservative Therapie	50
Genitaltuberkulose	51
Karzinom	51
Strahlentherapie	53
Kap. II. Soziale Probleme in der theoretischen und praktischen Geburtshilfe	57
1. Schwangerschaft	58
Diagnose der Schwangerschaft	58
Frühsymptome der normalen und ektopischen Schwangerschaft	58
Problem der Geschlechtsvoraussage und der willkürlichen Geschlechtsbestimmung	62
Beginn und Dauer der Schwangerschaft	68
Schwangerschaftsdauer und Paternitätsprozeß	68
Konzeption bei unverletztem Hymen	72
Superfötation und Superfekundation	72
Versehen der Schwangeren	72
Exogene Einflüsse auf die Frucht	73
Telegonie	73
Lues und Schwangerschaft	74

Seite

Spontaner Fruchttod 77
Schwangerschaftsneurosen und -Toxikosen 78
Schwangerschaft und Trauma 79
Psychisches Trauma 79
Hungerschädigung der Schwangeren 79
Gymnastik und Schwangerschaft 80
Das enge Becken 82
Spätgeburt und Geburtsprognose 85
Schwangerschaft und maligne Tumoren 86
Schwangerschaft als Prüfstein der Gesundheit 86

2. Geburt 87
Zwillingsgeburt 87
Zwillingspathologie 88
Praktische Geburtshilfe 89
Schmerzausschaltung bei der Geburt 89
Geburtshilfliche Untersuchung 92
Dammrisse, Prolapsverhütung 93
Verhütung von Genitalfisteln 95
Geburt bei engem Becken 95
Schnittentbindung 96
Beckenerweiternde Operationen 100
Vaginaler Kaiserschnitt 101
Gefahren des Kaiserschnittes 101
Rechtslage beim Kaiserschnitt 102
Kaiserschnitt an der Toten 102
Künstliche Frühgeburt 103
Perforation 105
Notwendigkeit klinischer Behandlung des engen Beckens . . 106
Nachgeburtsstörungen 106
Geburtshilfliche Polypragmasie 107
Kunstfehler 107
Forensische Geburtshilfe 108

3. Wochenbett 108
Wochenbettfieber und seine Verhütung 108
Einschränkung der manuellen Untersuchung 109
Vaginale oder rectale Untersuchung 109
Bedeutung der Reinheitsgrade 109
Bedeutung der kriminellen Aborte 109
Kryptogene Infektion 109
Virulenzprobe 110
Bedeutung des coitus ante partum 111
Bettruhe der Wöchnerin 111
Wichtigkeit des Stillens und sachkundiger Wochenpflege . . 111
Stillschwierigkeiten, Mastitis, Stillfähigkeit 112

Kap. III. Probleme des öffentlichen Gesundheitswesens in der Geburtshilfe 114
Der Geburtshelfer als Hüter der Volkskraft, Verantwortlichkeit des Faches 114

Seite

Mängel der gegenwärtigen Berufsausübung. Theorie und Praxis 115
Ausbildung der Ärzte in der Geburtshilfe 115
Fahrlässigkeit und Unfähigkeit 116
Wichtigkeit strenger Indikationsstellung 116
Bedeutung des Unterrichts in Frauenkunde und Sozialgynäkologie für die Hebung des Verantwortungsgefühls . . . 117
Frage der Pflichtausbildung im praktischen Jahr 117
Ausbildung der Hebammen 118
Degeneration der Hebammen 118
Bildungsgrad der Bewerberinnen 120
Berufsfreiheit oder feste Anstellung? 121
Hebammengesetz und Gewerbeordnung 123
Forderung einer Reichshebammenordnung 123
Kreis- und Provinzialhebammenstellen 124
Hebamme und Krankenversicherung 125
Freie Hebammenwahl und allgemeine Zulassung 125
Hebamme als Sozialbeamtin, Mitwirkung in der Sozialfürsorge 125
Hebamme und Geschlechtskrankheiten 126
Vaginale oder rectale Untersuchung 126
Vorschriften über Temperaturmessung der Wöchnerinnen . . 130
Planmäßige Verteilung der Hebammen 131
Hebammenpfuscherei 131
Abtreibung durch Hebammen 132
Kunstfehler der Hebammen 132
Empfehlung von Geheimmitteln 132
Thure-Brand-Massage 133
Bekämpfung des Kurpfuschertums 133
Entbindungsheime 133
Anzeigepflicht von Zwillingsgeburten 134
Ammenwesen 135
Organisationsfragen 135
Häusliche oder klinische Geburtshilfe 136
Arbeitsteilung in der Geburtshilfe, Höchstleistung 137
Geburtshilfliche Ambulatorien? 139
Forderung geburtshilflicher Krankenhausabteilungen . . . 140
Gesetzliche Regelung oder Berufsfreiheit? 141
Das soziale Verantwortungsgefühl 143

Vorbemerkungen.

Die hiermit der Öffentlichkeit übergebenen Studien über die mannigfaltigen Wechselbeziehungen zwischen der sozialhygienischen Wissenschaft und der praktischen Gynäkologie und Geburtshilfe — unter besonderer Berücksichtigung auch der operativen Seite dieser Fächer — sind die Frucht von länger zurückliegenden Bemühungen, die praktische Tätigkeit des Arztes über die rein individualistische Heiltätigkeit hinauszuheben und sozialhygienischen bzw. sozial- und bevölkerungspolitischen Gesichtspunkten zu unterstellen.

Diese Aufgabe ist auf keinem anderen Gebiete der Medizin so lohnend und dankbar, wie gerade auf dem der Gynäkologie und Geburtshilfe. Denn in keinem Fache drängt sich in gleichem Maße wie hier, dem, der erkennen will, auf Schritt und Tritt die Erkenntnis auf, daß die Interessen des Individuums zugleich bestimmt und überragt werden von denen der Volksgesamtheit. Die innigere Naturgebundenheit der Frau, ihre besondere Bestimmung im Dienste des „Genius der Art" (Nemilow*) bringt es mit sich, daß gerade in der Gynäkologie der geeignete Boden für eine sozialhygienische Betrachtungsweise sich bietet.

Es ist daher kein Zufall, daß ein Gynäkologe, Max Hirsch, als erster den fruchtbringenden Gedanken vertrat, sein Fach auf die breitere Grundlage der Sozialmedizin zu stellen und so zur Sozialgynäkologie zu erweitern. In weiterer Verfolgung dieser Gedankengänge gelangte Hirsch ganz folgerichtig zur Forderung, neben die Sozialgynäkologie die „Frauenkunde" zu stellen — die Wissenschaft von der Frau als Gesamtpersönlichkeit in ihrer Stellung in Natur, Kultur und Geisteswelt.

Wir haben dank der schöpferischen Anregungen von Max Hirsch einen Standpunkt gewonnen, der die weitschauendsten Perspektiven eröffnet.

Die Unerschöpflichkeit der Gesichtspunkte, die ungeheure Fülle des zu verarbeitenden Tatsachenmaterials bewirkt es, daß trotz der gewaltigen Forscherarbeit, die bereits geleistet worden ist, und die zum größten Teil auf den Arbeiten des „Archivs für Frauenkunde"

---

* Nemilow, Die biologische Tragödie der Frau. Deutsch von Alexandra Ramm und F. Boenheim, Oscar Engel Verlag Berlin 1925.



und der damit verbundenen „Monographien“ beruht, noch unendlich viel zu bearbeiten ist. Wir haben hier ein Neuland wissenschaftlicher Forschung vor uns, das in absehbarer Zeit nicht restlos bearbeitet sein dürfte.

Im Rahmen einer größeren Arbeit über Sozialgynäkologie und Frauenkunde sollten die vorliegenden Studien einige Kapitel ausfüllen. — Es ergab sich jedoch die Notwendigkeit, diese Kapitel, die untereinander in besonders engem Zusammenhange stehen, straffer zusammenzufassen und für sich als Gegenstand einer eigenen Sonderarbeit zu behandeln; denn sie wurzeln mehr als andere Probleme der Sozialgynäkologie und Frauenkunde im Boden der H e i l-kunde als einer individualistischen Wissenschaft. — Es soll die praktisch-klinische Tätigkeit in der Gynäkologie und Geburtshilfe auf ihren Gehalt an sozialhygienischen Problemen untersucht werden. Den Übergang zum eigentlich sozialmedizinischen Teil bildet das Schlußkapitel dieser Monographie, das sich mit den Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens auf dem Gebiete der Geburtshilfe beschäftigt.

Mit bewußter Absicht habe ich von der Behandlung in der vorliegenden Arbeit folgende wichtige Kapitel der Sozialgynäkologie ausgeschlossen:

1. Die Berufskrankheiten der Frau, d. h. die Krankheiten der Frau in ihren Beziehungen zur Frauenerwerbsarbeit.
2. Die Probleme des künstlichen Abortus und der Fruchtabtreibung.
3. Die Probleme der Sterilität und der künstlichen Sterilisierung.

Die Fragen, die in diesen Kapiteln zu behandeln sind, greifen so weit aus in alle möglichen Gebiete der Wissenschaft, daß ihre Behandlung in diesem Zusammenhange den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde. Sie erfordern zudem, wenn man nicht unwürdigster Oberflächlichkeit verfallen will, eine besonders eingehende Darstellung.

Der enge Zusammenhang der letztgenannten Probleme mit denen des Geburtenrückganges führt bereits von der S o z i a l g y n ä k o l o g i e auf das weite Feld der F r a u e n k u n d e, von dem sich unübersehbare Ausblicke in zahlreiche Gebiete der Natur- und Geisteswissenschaften eröffnen. Nur beispielshalber erwähne ich die engen Beziehungen zu folgenden Wissensgebieten:

Soziologie und Sozialpolitik,
Rechtswissenschaft und Rechtspolitik,

Sexualwissenschaft und Sexualpädagogik,
Vererbungswissenschaft und Rassenhygiene,
Konstitutionsforschung und Endokrinologie,
Kriminologie und Gerichtliche Medizin,
Psychologie und Philosophie,
Ethik und Religionswissenschaft.

Es heißt hier straffe Zucht zu üben, will man nicht ins Uferlose gleiten und statt positiver wissenschaftlicher Arbeit wertlose verschwommene Rhetorik und schönklingende aber inhaltslose Phrasen darbieten.

Die Gefahr liegt nahe bei der Beschäftigung mit Problemen, die an die letzten, niemals gelösten Fragen des Daseins streifen.

Möge es dem Verfasser vergönnt sein, zu seinem Teile ein wenig dazu beitragen zu helfen, daß das von Hirsch im Grundriß entworfene und bereits mit seinem wesentlichen Inhalt erfüllte stolze Gebäude der Sozialgynäkologie und Frauenkunde immer mehr mit reichem Inhalt ausgefüllt werde. Denn in diesem Gebäude sind viele und weitläufige Räume.

Zur Mitarbeit im Sinne dieser Ideen anzuregen, ist Sinn und Zweck dieser Arbeit, der weitere Arbeiten des Verfassers später folgen sollen. — Fast erscheint der Wunsch vermessen, das Werk vollenden zu wollen, das dem Verfasser vor Augen schwebt. — Wie klein aber auch der Bruchteil sein mag, der sich von den Plänen verwirklichen läßt: wenn es mir nur gelingt, durch diese Arbeit zur Überzeugung mit beizutragen, daß das Mißtrauen gegen das Wort „Sozial"-Medizin unberechtigt ist und daß in dem richtig verstandenen Worte nicht mehr und nicht weniger liegt, als das Bekenntnis zum Verantwortungsgefühl gegenüber der Volksgemeinschaft — dann ist es nicht vergebens gewesen, wenn auch nur ein kleines Bruchstück des vorschwebenden Lebenswerkes vollendet wird.

Einführende Literatur.

1. Fischer, A., Grundriß der sozialen Hygiene. 2. Aufl. C. F. Müller, Karlsruhe 1925.
2. Grotjahn, A., Soziale Pathologie. 3. Aufl. Berlin 1923.
3. Grotjahn, A., Leitsätze zur sozialen und generativen Hygiene. C. F. Müller, Karlsruhe 1925.
4. Grotjahn, A., Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung. Urban und Schwarzenberg, Berlin u. Wien 1926.
5. Halban-Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes. Urban und Schwarzenberg, Berlin u. Wien.
6. Hirsch, M., Frauenarbeit und Frauenkrankheiten, aus: Halban-Seitz, s. o. 1925.

7. Hirsch, M., Leitfaden der Berufskrankheiten der Frau. Mit besonderer Berücksichtigung der Gynäkologie und Geburtshilfe im Lichte der sozialen Hygiene. F. Enke, Stuttgart 1919.

8. Hirsch, M., Was ist Frauenkunde? Zbl. f. Gyn. 1912, Nr. 49.

9. Hirsch, M., Über Ziel und Wege frauenkundlicher Forschung. Archiv f. Frauenkunde, Bd. 1. H. 1. S. 1. 1914.

10. Hirsch, M., Fruchtabtreibung und Präventivverkehr im Zusammenhang mit dem Geburtenrückgang. Eine medizinische, juristische und sozialpolitische Betrachtung. C. Kabitzsch, Würzburg 1914.

11. Hirsch, M., Frauenheilkunde und Bevölkerungspolitik. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1919.

12. Hirsch, M., Die Bedeutung der Sozialgynäkologie und Frauenkunde für Praxis und Unterricht. Zbl. f. Gyn. 1920.

13. Mayer, A., Die Unfallerkrankungen in der Geburtshilfe und Gynäkologie. F. Enke, Stuttgart 1917.

14. Sellheim, H., Das Geheimnis vom Ewig-Weiblichen. 2. Aufl. F. Enke, Stuttgart 1924.

15. Sellheim, H., Hygiene und Diätetik der Frau, in Veits Handbuch der Gynäkologie, 3. Aufl., herausgegeben von W. Stoeckel, 2. Band, Urban und Schwarzenberg, Berlin u. Wien 1926.

16. v. Winkel, Allgemeine Gynäkologie, Vorlesungen über Frauenkunde. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1909.

Ferner von besonderer Bedeutung:

1. Archiv für Frauenkunde und Konstitutionsforschung. (Fortsetzung des Archivs für Frauenkunde und Eugenetik, Sexualbiologie und Vererbungslehre), herausgegeben von Max Hirsch-Berlin. Verlag C. Kabitzsch, Leipzig. Bd. I—XII. 1914—1926.

2. Monographien zur Frauenkunde und Konstitutionsforschung. Verlag C. Kabitzsch, Leipzig. Bisher erschienen Nr. 1—10.

Kapitel I.

Soziale Probleme in der Gynäkologie mit besonderer Berücksichtigung der operativen Gynäkologie.

a) Allgemeiner Teil.

Die Probleme der sozialen Pathologie zeigen fast alle einen Januskopf infolge der eigenartigen Wechselbeziehungen zwischen Krankheit und sozialer Lage. Wir haben infolgedessen nicht nur die Frage zu erörtern, inwiefern die soziale Lage der Frau auf ihre Morbidität einwirkt, sondern auch die umgekehrte Frage: Wie wirken Krankheitszustände auf die soziale Lage zurück, wie sind sie zu beurteilen unter Berücksichtigung aller diesbezüglich in Frage kommenden Verhältnisse. Wir haben insbesondere zur Beurteilung der Prognose und bisweilen auch der Indikationsstellung zu Eingriffen genaueste Kenntnis der sozialen Pathologie nötig. Es gibt übrigens auf diesem Gebiete Fragen, wo kein noch so reiches theoretisches Wissen die fehlenden praktischen Grundlagen bei der Urteilsbildung zu ersetzen vermag. Dennoch darf auch das theoretische Wissen nicht fehlen. Denn ohne wissenschaftliche Durcharbeitung des Materials laufen wir leicht Gefahr, in rein gefühlsmäßiger Einstellung das Steuer zu verlieren, und unsere Entschlüsse lassen sich schwerlich vor dem strengen Forum der Wissenschaft rechtfertigen, um so mehr, als sie meist ungemein verantwortlicher und folgenschwerer Natur zu sein pflegen*.

Wenn ich hier zunächst die soziale Bedeutung von Fragen der operativen Gynäkologie zu erörtern habe, so ist ein Wort der Erklärung vorher am Platze. Es erscheint vielleicht widersinnig, auch die operative Gynäkologie in den Kreis dieser Betrachtungen zu ziehen. Bei oberflächlicher Betrachtung scheint es keinen größeren Gegensatz zu geben bezüglich der Arbeitsrichtung und der wissenschaftlichen Fragestellung, als zwischen Chirurgie

* Vergl. Niedermeyer, Wissenschaft und Praxis, in „Der praktische Arzt" 1926 Nr. 11. — Hinweis auf die Gefahren eines Auseinanderfallens von Praxis und wissenschaftlicher Forschung.

(hier in einem allgemeinen, alle operativen Fächer umfassenden Sinne) und sozialer Hygiene. Diese beiden Wissenschaften scheinen a priori kaum ein gemeinsames Berührungsgebiet zu haben. Es ist auch m. W. bisher noch nie der Versuch unternommen worden, systematische Untersuchungen in dieser Richtung anzustellen. Es liegen jedoch zahlreiche in diesem Sinne verwertbare Einzeluntersuchungen vor, bei denen lediglich der gemeinsame Gesichtspunkt nicht erkannt oder nicht mit der erforderlichen Schärfe herausgearbeitet worden ist.

Und doch sind die gemeinsamen Probleme zahlreicher und wichtiger als man glauben sollte. Ich erinnere hierbei nur an die Fragen des ärztlichen Operationsrechtes, der operativen Sterilisierung, der sozialen Indikationen usw.*

Eines der wichtigsten uns hier beschäftigenden Probleme ist das der sozialen Indikationen. Es muß von vornherein betont werden, daß wir unter sozialer Indikation in der Gynäkologie etwas zu verstehen haben, was in wesentlichen Punkten verschieden ist von dem, was unter gleichem Namen in bezug auf Schwangerschaftsunterbrechung und ähnliche Eingriffe verstanden wird. Was man auf letzterem Gebiete unter „sozialer Indikation" versteht, wird bei konsequenter Ausprägung des Begriffes in entschiedenem Gegensatz zur „medizinischen Indikation" gestellt werden müssen und aus diesem Grunde von der Mehrzahl der Gynäkologen abgelehnt. Grotjahn verwirft überhaupt die Anwendung des Begriffes „soziale Indikation" auf das letzterwähnte Gebiet und hält es für richtiger, in diesem Falle von einer privatwirtschaftlichen Indikation zu sprechen.

An anderer Stelle wird es unsere Aufgabe sein, eingehend zu untersuchen, ob wir der Auffassung von Grotjahn, daß man von einer „privatwirtschaftlichen" anstatt von einer „sozialen" Indikation sprechen sollte, beitreten sollen oder nicht.

Was Grotjahn als „privatwirtschaftliche Indikation" bezeichnet zu wissen wünscht, deckt sich ungefähr mit dem, was M. Hirsch ausführt, wenn er in seiner Monographie (Einf. Literatur, Nr. 10) auf S. 179 schreibt:

„Die soziale Indikation kann aber auch allein dastehen. Der wirtschaftliche Notstand kann die einzige Anzeige zum ärztlichen Han-

* Vergl. hierüber:

Beling, Die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes bei Vornahme und Unterlassung operativer Eingriffe nach deutschem Strafrecht.

In Doederlein-Krönig, Operative Gynäkologie, 5. Auflage, Leipzig, G. Thieme 1924.

van Calker, Frauenheilkunde und Strafrecht, 1907.

Ferner die Arbeiten des Verfassers:

1. Die Berechtigung zu sterilisierenden Operationen, Zeitschr. für ärztl. Fortb. 1924, Nr. 9.
2. Ärztliche Eingriffe und Strafrechtsreform, Zeitschr. für ärztl. Fortb. 1925, Nr. 15.
3. Zbl. für Gyn. 1925, Nr. 18.
4. Zbl. für Gyn. 1926, Nr. 24.

deln sein, derart, daß, wenn diese materielle Not nicht besteht, ein ärztliches Eingreifen überhaupt nicht notwendig ist."

Dieser Form der „reinen" sozialen Indikation steht eine andere gegenüber, bei der das privatwirtschaftliche Moment nicht so scharf zum Ausdruck kommt. Vgl. Hirsch, l. c. S. 178:

„Das ist ja gerade das Wesen der sozialen Indikation, daß überall da, wo die medizinische Indikation nicht eindeutigen Gesetzen unterworfen ist . . . die Berücksichtigung der sozialen Momente das Handeln des Arztes beeinflußt. Je größer die Unsicherheit der rein medizinischen Beurteilung, umso mehr ist die Berücksichtigung der sozialen Verhältnisse berechtigt und umgekehrt: je gesetzmäßiger die medizinische Indikation sich ausgestalten läßt, umso mehr verliert die soziale Indikation an Boden. Sie ergänzen sich beide zu einer Einheit. So viel aber steht fest, die soziale Indikation kann nicht totgeschlagen werden. Wohl aber vermag ihr die erfolgreiche wissenschaftliche Forschung den Boden abzugraben. Ganz verlieren wird sie ihre Bedeutung als eine Komponente der Anzeigestellung zur ärztlichen Handlung nie in aller Zukunft."

Wenn wir uns fragen: Gibt es denn überhaupt in der Gynäkologie soziale Indikationen und sind solche berechtigt? — so halten wir uns für verpflichtet, diese Frage im Prinzip unbedenklich zu bejahen.

Es würde zu weit führen, hier die Streitfrage in ihren Einzelheiten aufzurollen. Wir fühlen uns dieser Verpflichtung um so eher enthoben, als Benthin in einer ausgezeichneten und überaus klaren Arbeit* eigentlich alles gesagt hat, was sich hierüber sagen läßt.

Nachdem Benthin es abgelehnt hat, in die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung nichtmedizinische Gesichtspunkte hineinzubeziehen, fährt er fort: „Eine andere Frage ist es aber, ob im gegebenen Falle bei der Wahl der Behandlungsmethoden gynäkologischer Erkrankungen nicht doch äußere Verhältnisse Berücksichtigung finden bzw. den Ausschlag geben müssen. Von der Erfüllung des Idealzieles: Die beste Behandlungsmethode ist gerade gut genug, sind wir leider weit entfernt. Die äußeren Verhältnisse sind oft stärker... Eine Reihe zur Verfügung stehender Behandlungsmethoden, und es sind nicht die schlechtesten, kommen für die Allgemeinheit aus pekuniären und anderen Gründen so gut wie gar nicht in Betracht. — Ist es aber sicher, daß die äußeren Verhältnisse das wohlmeinendste und begründetste Behandlungsprinzip zu durchlöchern vermögen, dann wird man ihnen, so sehr man ärztlich sich dagegen anstemmen wird und soll, auch für die Indikationsstellung ein Recht auf Berücksichtigung einräumen müssen." — Die Frage wird formuliert: „Wann, wo, in welchem Umfange kann und darf ihnen Rechnung

* Die soziale Indikation in der Gynäkologie, Zbl. für Gyn. 1926, Nr. 4, S. 194.

getragen werden?" „Immer wird die soziale Indikation nur als Hilfsindikation in Betracht kommen können. Nur wenn ohne wesentliche Erhöhung der Gefahrenquote eine rasche Wiederherstellung der Gesundheit bzw. der Erwerbsfähigkeit in berechtigter Aussicht steht, werden die sozialen Verhältnisse bei der Indikationsstellung, besonders wenn es sich um aktive, operative Maßnahmen handelt, in die Wagschale geworfen werden dürfen."

„Eine Modifizierung der geltenden Richtlinien kann theoretisch in drei Fällen gerechtfertigt sein:

1. Bei Erfolglosigkeit bzw. Versagen einer konservativen Therapie.
2. Bei Unausführbarkeit der notwendigen Vorbedingungen.
3. Bei Gleichberechtigung konkurrierender therapeutischer Verfahren."

Benthin kommt auf Grund dieser allgemeinen Richtlinien nach Besprechung verschiedener Krankheitszustände zu dem Ergebnis, daß der Aktionsradius der sozialen Indikation in der Gynäkologie tatsächlich sehr klein ist.

„Wenn sich auch niemand der Notwendigkeit wird verschließen können, die äußeren Verhältnisse mit in den Kreis der Erörterungen miteinzubeziehen, so können sie doch nie das alleinige Motiv bilden, den Rahmen ärztlich-wissenschaftlicher Behandlungsmethoden zu überschreiten . . .

. . . Wer aber überhaupt Indikationen kennt und nach ihnen zu handeln gewohnt ist und Kritik und Erfahrung besitzt, dem wird es ein Leichtes sein, der sozialen Indikation in der Gynäkologie den ihr gebührenden, allerdings beschränkten Platz anzuweisen." —

Das größte Gewicht würde ich auf die Worte legen: „Den Rahmen ärztlich-wissenschaftlicher Behandlungsmethoden zu überschreiten." Damit ist nämlich in der Tat das Wesentliche gesagt, worauf es ankommt. Nur innerhalb dieses einzig möglichen Rahmens sind soziale Indikationen berechtigt. Dort aber auch voll und ganz. Wenn man sich über ihr Vorliegen stets Rechenschaft zu geben gewohnt ist, dann findet man allerdings trotz des „geringen Aktionsradius" eine nicht unbeträchtliche Häufigkeit der Fälle, in denen die soziale Indikation vorliegt. Denn im Grunde genommen handeln wir ja bereits unter dem Gewicht der sozialen Indikation, wenn wir in der Kassenpraxis noch mehr als sonst unser therapeutisches Handeln nach dem berechtigten Grundsatze einrichten, mit möglichst ge-

ringem Kostenaufwande möglichst rasche und gründliche Heilung zu erzielen. Noch stärker offenbart sich dieser Einfluß, wenn wir genötigt sind, auf alles, was in der Therapie nicht notwendig, sondern bloß wünschenswert ist, zu verzichten.

Selbstverständlich haben wir um so größere Vorsicht zu üben bei der Berücksichtigung sozialer Indikationen, je verantwortungsvoller der Eingriff ist, um den es sich handelt.

Nur das sorgfältigste Abwägen, ohne je den Rahmen wissenschaftlicher Behandlungsmethoden zu überschreiten, wird verhüten können, daß hier der Begriff der sozialen Indikation zum Schlagwort wird, dessen Mißbrauch Vernunft in Unsinn verkehrt. —

Mit der Frage der sozialen Indikationen sind aber die allgemeinen Probleme, die uns hier aus dem Gebiete der operativen Gynäkologie interessieren, noch lange nicht erschöpft.

Es sei hier nur andeutungsweise erinnert an die Fragen der Schmerzausschaltung und der Asepsis; es genügt zu erwähnen, wie bedeutsam auch diese für die Sozialhygiene geworden sind.

Es ist ferner daran zu erinnern, daß Operationstechnik und Wahl des geeigneten Zeitpunktes von nicht unbeträchtlicher Bedeutung sind für den Erfolg auch im Hinblick auf die generative Hygiene. Ich verweise hier auf die Arbeit von v. Varó „Über die Verhütung des Abortus nach Operationen an Schwangeren". Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 30. S. 1964.

Nach von Varó ist von größter Bedeutung: Vermeidung des Zusammenfallens der Operation mit dem Tage der zu erwartenden Menstruation, da hier infolge der Reizbarkeit der Uterusmuskulatur die Bereitschaft zum Abortus entschieden größer ist.

Vgl. ferner die Arbeit von Wojciechovski „Die heutigen Bestrebungen zur Vermeidung von Komplikationen bei Bauchoperationen". Ginekologia polska, Bd. II Nr. 3 und 4 1923. (Ref. Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 30, S. 1998.) — Wojciechovski tritt ein für Vermeidung des Operationsshoks durch besondere Technik der Anästhesie, durch Vermeidung der bisherigen Form der Operationsvorbereitung der Kranken.

In diesem Zusammenhange ist auch zu erörtern, daß selbst eine der reinen Operationslehre angehörige Frage wie die, ob der vaginale oder der abdominale Weg bei gynäkologischen Operationen den Vorzug verdient, sich unter sozialhygienischen Gesichtspunkten betrachten läßt, wie später noch ausführlicher zu erörtern ist.

Eine bedeutsame Frage ist die der „traumatischen Neurose" nach einem operativen Eingriff. Sie wurde kürzlich durch v. Wolff angeschnitten. („Traumatische Neurose im Klimakterium nach Perityphlitis" Zbl. f. Gyn. 1926 Nr. 32, S. 2107.) — Die Streitfrage, ob das von Oppenheim begründete Krankheitsbild der „traumatischen Neurose" mit seiner geradezu unheilvollen sozialen Auswirkung überhaupt berechtigt ist, können wir hier nicht lösen helfen. Gegenüber den sehr beachtlichen Gegengründen, die besonders Bonnhoeffer, Stier u. a. vertreten, lassen die nicht minder beachtlichen Ausführungen von Aschaffenburg in der D. m. W. 1926. Nr. 38, S. 1594, es zum mindesten als strittig erscheinen, ob in allen Fällen traumatischer Neurose ausschließlich eine bloße Reaktion auf Begehrungsvorstellungen anzunehmen ist. — Auf jeden Fall aber erscheint es mir nicht ganz unbedenklich, den Fall von v. Wolff der „traumatischen Neurose" zuzurechnen; denn gerade dieser Fall ist ein Schulbeispiel für das Zusammenwirken mehrerer Faktoren bei der Entstehung der Neurose: Es wirken neben dem bloßen Operationstrauma noch das Klimakterium und die Röntgenbestrahlung mit. Die Disposition zur Neurose scheint hier — außer konstitutionellen Faktoren — das durch Bestrahlung forcierte Klimakterium geschaffen zu haben. Die Appendicitis, bzw. die

Operation waren bloß das auslösende Moment. Damit aber fällt wohl die Einordnung des Falles unter „traumatische Neurose“ in sich zusammen. Die über den Einzelfall hinausgehende Bedeutung der Arbeit von v. Wolff liegt aber in dem dankenswerten Hinweis auf die Möglichkeit einer traumatischen Neurose mit all ihren deletären sozialen Wirkungen als Folge einer Operation.

b) Besonderer Teil.

Von den speziellen Problemen der operativen Gynäkologie, die zahllos sind und fast alle sich sehr bedeutsame sozialhygienische Seiten abgewinnen lassen, will ich nur wenige herausgreifen. Es ist ja im Grunde genommen ein Leichtes, unsere Betrachtungen auf alle anderen Probleme anzuwenden.

Als Schulbeispiel für die gedachte Betrachtungsweise wäre zunächst die Gruppe Retroflexio, Descensus, Prolaps zu erwähnen. Es handelt sich hier, wie ich nochmals bemerken möchte, nicht um die Frage, wie die soziale Lage, speziell die Berufsarbeit der Frau auf das Zustandekommen dieser pathologischen Verlagerungen des Genitalapparates ursächlich einwirken, sondern umgekehrt um die Frage, wie durch den Prolaps usw. die soziale Lage der Trägerin, speziell hinsichtlich ihrer Arbeits- und Erwerbsfähigkeit beeinflußt wird; wie dementsprechend unter Würdigung dieses Gesichtspunktes, das therapeutische Handeln sich zu gestalten hat; wie im konkreten Falle Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit zu beurteilen sind, endlich auch gegebenenfalls die Frage des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Unfall und Retroflexio einerseits, Retroflexio und Erwerbsminderung anderseits. —

Andere Fragen dagegen, wie die nach der Prophylaxe der genannten Störungen, nach dem Schutze der schwerarbeitenden Frau vor Prolapsentstehung, gehören nicht in den hier angeschnittenen Fragenkomplex, sondern bewegen sich auf rein sozialhygienischem Gebiet.

Zur Prophylaxe des Prolapses, s. Döderlein-Krönig, S. 283 ff. Von Bedeutung sind hier die Alterskurven und die Geburtenkurven. — Die „tokogenetischen Prolapse“ sind besonders bei alten Erstgebärenden häufig zu beobachten.

Vgl. auch Sellheim, Der Genitalprolaps als Folge später Heirat der Frau. Zeitschr. für soz. Med. usw., Bd. V, S. 147.

Fetzer, Der Genitalprolaps, eine Folge später Erstgeburt. M. m. W., 1910, Nr. 2.

Es wäre hier noch der Bedeutung der Gymnastik für die Prophylaxe des Prolapses zu gedenken.

Vgl. hierzu Hirsch in Halban-Seitz. Von großer Bedeutung sind auch die Ausführungen von Hirsch über die Entstehung des Prolapses in seinem Leitfaden der Berufskrankheiten der Frau, S. 58 ff. — Die Bedeutung der Verhältnisse der Kriegszeit für das gehäufte Entstehen besonders schwerer Prolapsformen, auch virgineller, ist gewürdigt ebenda, S. 165.

Während nun bezüglich Descensus und Prolaps eine ziemlich weitgehende Übereinstimmung dahingehend herrscht, daß die Operation im allgemeinen als die Methode der Wahl anzusehen ist und nur in selteneren Fällen Ausnahmen zulässig sind zugunsten anderer Therapie — sei es Pessarbehandlung, oder bei leichterem Grad von Descensus, Gymnastik und Massage — scheint die Behandlung der Retroflexio sich in jüngster Zeit mehr von der Operation abzukehren. — Es wird sicher nicht verkannt werden dürfen, daß in früherer Zeit bei einfacher Retroflexio viel zu viel operiert worden ist. Es wird auch stets Fälle geben, die keiner Operation bedürfen, wie die meisten virginellen Retroflexionen, ja selbst solche, wo die bloße Erwähnung der als Nebenbefund festgestellten Retroflexio bereits bedenklich ist. — Es erscheint mir anderseits bereits angebracht, zu bemerken, daß man augenblicklich in der Ablehnung der Operation zu weit geht.

Wille (Alltägliches in der Gynäkologie, Leipzig, C. Kabitzsch 1926) geht sogar so weit, daß er die Retroflexio als Krankheitsbild überhaupt leugnet (S. 2 „Wer an die Retroflexio glaubt . . .").

Demgegenüber darf darauf hingewiesen werden, daß die von mir hier vertretenen Bedenken gegen die neuerdings zu weit getriebene Ablehnung der Operation kürzlich auch von Labhart („Retroflexionsbewertung und Behandlung") auf der Tagung der Oberrheinischen Gesellschaft für Geb. u. Gyn. vom 15. 11. 1925 zu Freiburg geäußert worden sind. (Vgl. Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 31, S. 2032.) Sehr beachtenswerte Gedanken zum vorliegenden Problem brachte auch die Aussprache. —

Vgl. ferner Niedermeyer, Eine wenig beachtete Ursache der Kreuzschmerzen bei Frauen. Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 51 a.

Es wird darauf hingewiesen, daß das Versagen der Operation bezüglich der Beseitigung der der Retroflexio allein zugeschriebenen Beschwerden öfters darauf zurückzuführen ist, daß anderweitige Ursachen der Kreuzschmerzen, unter denen bei arbeitenden Frauen besonders der Plattfuß eine erhebliche Rolle spielt, nicht genügend vorher berücksichtigt worden sind.

Gerade hier sollen und dürfen uns soziale Erwägungen bei der Beurteilung des Zustandes leiten. Es handelt sich fast stets um die Fragen: Wie sehr leidet die Patientin tatsächlich unter der Rückwirkung des Zustandes, wie erheblich ist ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt — und wie gering ist das Risiko, ihr mit einem verhältnismäßig ungefährlichen Eingriff mit hoher Wahrscheinlichkeit die volle Arbeitsfähigkeit wiederzugeben. — Man wird einwenden, dies brächte das Pessar auch zuwege. Vielleicht; am ehesten bei der Frau, die sich pflegen kann und als Pessarträgerin sich die nötige Sorgfalt angedeihen lassen kann. — Für die arbeitende Frau dagegen ist das Tragen des Pessars stets ein übler Zustand, der von ihr um so unangenehmer empfunden wird, je weniger sie sich pflegen kann und je mehr sie außerdem durch die schwere

Arbeit Gefahr läuft, das Pessar zu verlieren. Man kann einwenden, dafür seien diese Frauen weniger empfindlich und litten weniger unter dem Bewußtsein, einen Fremdkörper zu tragen. Ich lasse das dahingestellt. — Ich habe aber oft genug eindrucksvoll erlebt, wie die vorher in hohem Grade sozial geschädigten Frauen nach der erfolgreichen Operation der Retroflexio neue Arbeitskraft und damit neuen Lebensmut gewonnen. — Es erscheint mir auch für die meisten Fälle einer reinen, unkomplizierten Retroflexio die Alexander-Adamssche Operation als die Methode der Wahl. Denn der Operationsshok ist fast gleich Null, die Heilungsdauer sehr kurz.

Es dürfte sich allerdings empfehlen, die Frauen nach der Operation bis zur vollen Kräftigung der Ligamente einige Wochen ein Pessar tragen zu lassen.

Es sei hier im übrigen nochmals auf die recht bedenklichen Folgen hingewiesen, die beim Fehlen ausreichender Körperpflege im Dauergebrauch des Pessars liegen, und die eingehender bei der Prolapsbehandlung erörtert werden.

Gerade vom sozialhygienischen Standpunkt kann daher der operativen Behandlung unbedingt der größere Wert zugesprochen werden, zumal sie so gut wie gefahrlos ist.

Dieses günstige Bild verändert sich natürlich wesentlich, sobald man komplizierte Fälle vor sich sieht. Als eine Komplikation in diesem Sinne ist es auch aufzufassen, wenn die Retroflexio auf einer asthenischen Konstitution beruht, auf konstitutioneller Schwäche des ganzen Stützapparates. In solchen Fällen wird wohl, wie für alle fixierenden Operationen, das Wort gelten: „Wer viel pexiert, pecciert viel." — Hier treten übrigens zum ersten Male Fragen der Konstitutionspathologie an uns heran. Deren Bedeutung für die soziale Pathologie wird uns noch öfter zu beschäftigen haben.

Anders wiederum gestaltet sich die Lage bei einer durch Verwachsungen komplizierten Retroflexio. Daß man hier nicht in das Stadium der akuten Entzündung hineinoperieren wird, ist ja selbstverständlich. Die fixierte Retroflexio, bei der im übrigen die Berechtigung der Operation merkwürdigerweise weniger bestritten wird, als bei der unkomplizierten, hat natürlich mit einem weit höheren Operationsrisiko zu rechnen. Schon allein der Umstand, daß sie wirklich rationell nur durch regelrechte Laparatomie operiert werden kann, noch dazu die stets vorhandene Gefahr des Aufflackerns der latenten Infektion, gibt in diesem Falle der Operation einen minder harmlosen Charakter. Wir werden um so mehr hier bei unserer Indikationstellung Veranlassung haben, alle Momente in die Wagschale zu werfen: vor allem den Grad der subjektiven

Beschwerden und der dadurch bedingten Beschränkung der Erwerbsfähigkeit unter besonderer Berücksichtigung des Berufes und der gesamten wirtschaftlichen Lage der Frau — auf der anderen Seite das in jedem Falle verschiedene Risiko der Operation und die Heilungsprognose! Wir kommen also tatsächlich gar nicht um die Notwendigkeit herum, in jedem solchen Falle auch die soziale Seite des Problems zu würdigen! Daß die Wahl des Operationsverfahrens selbst schließlich entscheidend beeinflußt werden kann von den sonstigen Lebensverhältnissen der Frau — je nachdem es sich um eine verheiratete Frau mit oder ohne Nachkommenschaft handelt, ist ja bekannt. Wo Rücksichtnahme auf weitere Nachkommenschaft überhaupt noch in Frage kommt, also bei noch konzeptionsfähigen Frauen eigentlich immer, abgesehen von Ausnahmefällen, liegen Kontraindikationen vor gegen bestimmte Methoden, z. B. die Vaginaefixur nach Dührssen-Mackenrodt, die Interposition nach Schauta-Wertheim. — Diese Kontraindikationen haben auch nicht etwa bloß eine individualhygienische Seite — die Verhütung einer Gefahr für das Individuum im Falle einer Gravidität, sondern eine eminent wichtige sozialhygienische Seite vom Standpunkte der generativen Hygiene!

Vgl. die Arbeit von Feldmann, Die Indikationsstellungen für die Operationsmethoden der Retroflexio uteri, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 73, 1926, Nr. 5/6, S. 284.

Auf Grund der Beobachtung eines Ileus und einer Querlage infolge antefixierender Operationen — insbesondere einer Querlage nach Ventrifixur mit totem Kind kommt Verfasser zur Ablehnung der an die vordere Bauchwand anheftenden Profixurmethoden.

Über die sozialmedizinischen Probleme bezüglich der Zusammenhänge: Unfall — Retroflexio (bzw. Prolaps) — Erwerbsfähigkeit brauche ich mich hier nicht so eingehend zu verbreiten. Im Lehrbuche der Gynäkologie von O. Küstner (5. Auflage, S. 190) sind die Grundsätze für die Beurteilung dieser Zustände in so klarer und erschöpfender Weise durchgearbeitet, daß sie sicher auch heute noch volle Geltung beanspruchen dürfen, und es dem Verfasser unmöglich erscheint, sie besser zu formulieren. Es darf daher auf sie verwiesen werden.

Küstner geht davon aus, daß eine präzise Bestimmung des Begriffes „Unfall" in unserer Gesetzgebung fehlt. Dem herkömmlichen Gebrauche nach versteht man darunter ein plötzliches, d. h. zeitlich bestimmbares, in einem verhältnismäßig kurzen Zeitraum eingeschlossenes Ereignis, welches in seinen möglicherweise eintretenden Folgen den Tod oder die Körperverletzung verursacht. (Handbuch der Unfallversicherung.) — Das Fehlen einer scharfen Fassung des Begriffes im Gesetz erschwert naturgemäß die Beurteilung. Nach Kaufmann, Handbuch der Unfallverletzungen (Stuttgart, Enke), kann auch die außergewöhnliche Anstrengung bei der Betriebsarbeit als Unfallereignis aufgefaßt werden. —

In der Konstitution begründete Lageanomalien können als Unfallfolgen nicht betrachtet werden. Ein chronisch-entzündlicher Prozeß, der zu Fixationen führt, kann als solcher gleichfalls nicht Unfallfolge sein. Wohl aber kann der Prozeß durch einen Unfall ungünstig beeinflußt werden. — Die mobile Retroversio-flexio kann Folge eines Unfalles sein. Sicher ist sie es selten. — Trifft ein Insult einen im Bandapparat geschwächten Uterus, so kann er zweifellos eine Retroflexio herbeiführen. Bestand bereits vorher eine symptomlose Retroflexio, die aber nach dem Unfall anfängt, Beschwerden zu machen, so ist auch die ätiologische Beziehung nicht zu bestreiten und der Rentenanspruch gerechtfertigt.

Ganz anders liegen die Verhältnisse, wenn bei einer Unfallverletzten eine fixierte Retroflexio angetroffen wird. Hier können wir ohne weiteres erklären, daß diese nicht von dem Unfall herrührt. — Damit ist jedoch nicht gesagt, daß bei einer bestehenden fixierten Retroflexio ein Unfall die Erwerbsunfähigkeit nicht schmälern kann: Dann hat der Unfall ein vorher krankes Organ noch kränker gemacht.

Die überwiegende Anzahl der Prolapse entsteht nach Küstners Ansicht aus der Retroversio-flexio, d. h. diese ist als das Vorstadium der meisten Vorfälle anzusehen. (Hier sei kurz an das von Sellheim beschriebene Krankheitsbild der „schwebenden Pein" erinnert, als welche er ein bestimmtes Vorstadium der Prolapse beschreibt, das sich häufig in Folge bestimmter Arbeiten, z. B. Nähen an Tretmaschinen einstellt. S. Sellheim, Schwebende Pein, ein ziemlich häufiges gynäkologisches Krankheitsbild, Verh. Deutscher Naturforscher u. Ärzte, Düsseldorf 1926, auch: Geheimnis v. Ewig-Weiblichen, ferner Hygiene und Diätetik S. 163. Es beruht nach Sellheim auf einer Erschlaffung der Beckenbodenmuskulatur.) — Küstner führt weiter aus, der Prolaps entwickele sich in der Regel allmählich, trotzdem sei bei frei beweglichem Uterus die Möglichkeit der Prolapsentstehung durch Unfall gegeben, zu mindesten die Verschlimmerung einer vorher dazu bestehenden Neigung. Für den fixierten Uterus liegen beim Prolaps die Verhältnisse anders als bei der Retroflexio. Der Prolaps kann nämlich im Gegensatze zu dieser trotz bestehender Fixation sehr wohl Unfallfolge sein. Es ist der plötzlichen Tätigkeit der Bauchpresse und der Erhöhung des intraabdominalen Druckes als Ursache zu gedenken. —

Eine neuere Arbeit über das Thema: Retroflexio und Unfall stammt von Füth (Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 14, S. 871 ff.)

In dieser Arbeit ist die wichtigste Literatur über dieses durchaus nicht einfache, z. T. immer noch umstrittene Gebiet angeführt.

Besondere Erwähnung hätten hier zu finden:

Mayer, Die Unfallerkrankungen in der Geburtshilfe und Gynäkologie, Stuttgart 1917, ferner Arbeiten von

Gönner, Zbl. f. Gyn. 1908, S. 272,

Raaflaub, Zbl. f. Gyn. 1925 Nr. 48, S. 2706,

Martin, Gynäkologische Unfallfolgen, Ärztl. Sachverst. Zeitg. 1911, S. 393.

Mayer (S. 34—63) stimmt im wesentlichen mit Küstner überein. Er betont mit Recht immer wieder die außerordentlichen Schwierigkeiten, die sich im konkreten Einzelfalle der Begutachtung der Lageveränderung als Unfallfolge entgegenstellen. Bei vorher normalem Beckenboden, normalem Uterus und normalem Haftapparat erscheint ihm die traumatische Entstehung einer Retroflexio nur schwer verständlich. Wo eine Retroflexio tatsächlich traumatisch entstanden ist, bestand vorher eine Prädisposition, ähnlich der traumatischen Entstehung der Hernien. Man wird gut daran tun, stets einen Unterschied zwischen Parae und Nulliparae in der Beurteilung zu machen, und wird bei letzteren mit der Annahme traumatischer Entstehung ganz besonders vorsichtig sein müssen. — Im Allgemeinen wird eine Retroflexio kaum einmal eine reine Unfallfolge sein. — Mayer tadelt mit Recht die verhängnisvolle Wirkung auf die Rentenbegehrung, wenn der Arzt bei der ersten Untersuchung der Frau gegenüber eine „Knickung" erwähnt. „Im allgemeinen wird man

weniger leicht einem Irrtum verfallen, wenn man die traumatische Entstehung ablehnt, als wenn man sie anerkennt."

Füth weist besonders noch auf die Wichtigkeit sofortiger Behandlung einer angeblich durch Unfall entstandenen Retroflexio hin, wodurch in den meisten Fällen Beschwerdefreiheit erzielt werden könne. Es handelt sich hier vor allem um Fälle, in denen durch das Trauma Beschwerden manifest geworden sind. Raaflaub hat eine Reihe von Symptomen beschrieben, die für die Entstehung der manifesten Retroversio-flexio charakteristisch sind, vor allem den bei der äußeren Untersuchung auf die Leistengegend rechts und links lokalisierten Druckschmerz. Dieses Symptom müsse mindestens in typischen Fällen verlangt werden.

Jedenfalls bedürfen in der Frage des Zusammenhanges zwischen Lageveränderung und Unfall noch eine Reihe von Punkten endgültiger Aufklärung.

Das von der Wirkung der Retroflexio auf die Arbeitsfähigkeit Gesagte gilt in gewissem Maße auch von Descensus und Prolaps. Freilich sind hier bisweilen die subjektiven Beschwerden bei indolenten Frauen auffallend gering. — Während bei der Entstehung der Retroflexio Trauma und schwere körperliche Arbeit sicher in geringerem Maße ursächlich wirken als bei der Prolapsentstehung, werden wir wohl nicht fehlgehen in der Annahme, daß die Rückwirkungen auf die Arbeitsfähigkeit infolge subjektiver Beschwerden bei der Retroflexio häufiger in erheblichem Maße gefunden werden als beim Descensus bzw. Prolaps. —

Eine Gefährdung des Lebens durch die genannten Zustände findet nur in extremen Ausnahmefällen statt.

Erwähnung verdient hier vor allem ein Fall von „tödlichem Gebärmuttervorfall", vgl. Böhm im Zbl. f. Gyn. 1925, S. 2751.

Die Lebensgefährdung ist durch Descensus und Prolaps an sich nie bedingt. Hingegen vermögen Folgezustände und Komplikationen gelegentlich zur Bedrohung des Lebens führen. — Meist ist es die septische Infektion, die durch einen totalen Prolaps ja besonders begünstigt werden und dann zu dem üblen Ausgange Veranlassung geben kann. Auch im Falle Böhms war der Exitus bedingt durch Peritonitis. (Einbruch eines verkapselten Douglas-Abscesses in die freie Bauchhöhle und Embolie der A. pulmonalis.)

Die operative Behandlung müssen wir unter folgenden Gesichtspunkten beurteilen:

Gewisse Operationsmethoden schließen die Zulassung späterer Schwangerschaften aus, weil damit eine Gefährdung des Lebens der Frau zweifelsohne verbunden ist. So z. B. die hohe Vaginaefixur. Es erscheint daher durchaus berechtigt, diese Operation grundsätzlich mit der Sterilisierung zu verbinden. Von den Ventrifixurmethoden lassen die nach Olshausen und Doléris wohl eine spätere Gravidität zu; es verdient lediglich die Gefahr eines Ileus durch Verfangen einer Darmschlinge in der entstandenen Tasche zwischen Uterus, Ligamenten und Bauchwand einige Aufmerksamkeit. Die Methode der breiten Fixation des Uterus an die Bauchwand nach Leopold schließt hingegen Gravidität aus.

Es muß selbstverständlich von Fall zu Fall entschieden werden, ob die Gefährdung der Schwangeren eine so hochgradige ist, daß eine Unterbrechung der Schwangerschaft in Frage kommt. — Auf keinen Fall erscheint es mir gerechtfertigt, eine Schwangerschaft lediglich aus dem Grunde zu unterbrechen, um das Resultat einer Beckenbodenplastik nicht durch die Geburt zu gefährden.

Von Bedeutung ist auch die Vorbehandlung der an Fluor leidenden Frauen vor einer vaginalen Prolapsoperation. Durch den Reinheitsgrad der Vagina wird wohl die Prognose der Operation nicht unwesentlich beeinflußt.

Über die nichtoperative Behandlung der Prolapse und ihre Erfolge vgl. Döderlein-Krönig (5. Auflage) S. 284 ff. — Es dürfte der allgemein herrschenden Ansicht entsprechen, wenn die Verfasser zu einer nahezu vollkommenen Ablehnung der Pessar-Behandlung für den Prolaps gelangen. Die wenigen Fälle, wo eine solche sich rechtfertigen läßt, verdienen besonders unterstrichen zu werden. —

Zu erwähnen wäre besonders von den Folgen der Pessarbehandlung Entstehung von Recto-Vaginalfisteln durch Pessardruck, gerade bei Frauen in sozial ungünstigem Milieu mit mangelnder Reinlichkeit.

Die Möglichkeit der Übertragung von Infektionskrankheiten, besonders Gonorrhoe, durch mangelhaft gereinigte Pessare stellt, wenn sie durch Ärzte und deren Hilfspersonal verschuldet ist, eine so grobe Fahrlässigkeit dar, daß es hierfür kein Wort der Entschuldigung gibt. Die volle zivil- und strafrechtliche Haftung — im Falle des Verlustes der Fortpflanzungfähigkeit, vgl. die verschärfte Strafdrohung des § 224 StGB. — trifft mit Recht den Schuldigen. Vgl. Schneider, Geb. gyn. Ges., Wien 12. 1. 1926 (Ref. Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 38, S. 2469). Halban erwähnt in der Aussprache Infektionen durch die ungenügend desinfizierte Hand des Arztes!

Endlich sei hier noch daran erinnert, daß Chippendale Infektion mit Gonorrhoe zur Heilung des Prolapses empfohlen hat, um durch die Entzündung eine Schrumpfung der Vagina herbeizuführen. — Dieses merkwürdige „Heil"-Verfahren setzt an der Stelle eines kleineren Übels ein größeres von unabsehbarer Prognose! Solche Therapie kann mit dürren Worten nur als Verbrechen gekennzeichnet werden.

Was die Behandlung des Prolapses mit der Methode der Gymnastik und Massage nach Thure-Brandt betrifft, so bezeichnen Döderlein-Krönig diese Methode als theoretisch gut fundiert und aussichtsreich in den Fällen, wo der Levator ani noch nicht zu weit zerstört ist, also bei leichteren Prolapsen. — Das Bedenklichste dieser Methode ist ihre weit verbreitete Anwendung in Händen Unberufener.

Mir ist ein eindrucksvoller Fall aus der eigenen Praxis in Erinnerung, wo eine Frau zum Exitus kam; ein „Naturheilkundiger" hatte die Frau bei offensichtlich vorhandener akuter Entzündung im Unterleibe nach Thure-Brandt malträtiert. Der Ehemann konnte sich nicht entschließen, gegen den Heilkünstler Strafantrag zu stellen! — Angesichts der verderblichen Ausbreitung der Kurpfuscherei auf das verantwortungs-

volle Gebiet der Gynäkologie, wo die Schädigung der Volkskraft am schwerwiegensten sich auswirkt, muß man sich fragen, wann denn endlich Deutschland sich zum Verbot der Kurpfuscherei wird entschließen können.

Über eine Reihe von ähnlichen geradezu unglaublichen Fällen von Machtlosigkeit gegen verbrecherische Kurpfuscherei berichtet Oberverwaltungsgerichtsrat Lindenau in D. m. W. 1926, Nr. 29, S. 1224. (Urteil des OVG. vom 22. 2. 1917. III a 26/17.)

Es wäre hier noch der Bedeutung des Prolapses für die Sterilität zu gedenken. Während bei der Retroflexio ein konzeptionshemmender Einfluß zweifellos vorhanden ist, erscheint dies beim Prolaps fraglich. Vielmehr habe ich den Eindruck, als wäre das Bestehen eines Prolapses infolge der Annäherung der Portio an den Introitus vaginae der Konzeption geradezu günstig und als konzipierten Prolapsträgerinnen gerade auffallend leicht! Genaue Untersuchungen in dieser Richtung sind erwünscht.

Das Thema Retroflexio — Descensus — Prolaps, das von sozialhygienischem Standpunkt so bedeutungsvoll ist und auch eng mit der Konstitutionspathologie sich berührt, können wir nicht verlassen, ohne der engen Beziehungen zu gedenken, die hier das Gebiet der Gynäkologie mit dem der Geburtshilfe aufweist. Das Geburtstrauma und seine Bedeutung für die geschilderten Zustände, sowie die Lehren für eine geeignete Prophylaxe derselben, soweit sie auf geburtshilflichem Gebiete liegen, haben wir im Zusammenhange mit anderen geburtshilflichen Fragen zu behandeln. —

Solche Beziehungen zu Problemen der Geburtshilfe — besonders der Frage zweckmäßigster Ausübung geburtshilflicher Tätigkeit — weisen noch einige andere Fragen der Gynäkologie auf. Es sei erinnert an die „tokogenetische“ inversio uteri (vgl. Küstner, l. c. S. 182); die Frage der Entstehung bzw. Verhütung der Blasenscheidenfisteln, der Incontinentia vesicae u. a. m.

Es verdient besondere Erwähnung, daß, abgesehen von der Bedeutung für die Gesundheit der Trägerin, die letztgenannten Zustände eine eminente soziale Bedeutung haben, insofern als Inkontinenz das ganze berufliche und gesellschaftliche Leben der Kranken gefährden kann. Es sei bloß an die Unerträglichkeit des urinösen Geruches gedacht, die in beiden Fällen: Sphincter-Insuffizienz und Blasenscheidenfistel die Patientin in ihrem bisherigen Milieu einfach unmöglich machen kann, um die enorme soziale Bedeutung der Operationsverfahren zu begründen, die Abhilfe zu schaffen berufen sind; ich erwähne als deren wichtigste Typen die Operationen nach Küstner-Wolkowitsch und die Goebel-Stoeckelsche Operation. Das Tragen eines Urinals

würde auf die Dauer ebenso lästig empfunden werden, wie z. B. der Träger eines anus praeternaturalis unter dem Tragen des Koprophors leidet, somit nur in den äußersten Notfällen in Frage kommen. Die Existenz eines Menschen im sozialen Leben wird durch solche Zustände in Frage gestellt. Es sind dies ähnliche Wirkungen auf die Patientin bezüglich ihres gesellschaftlichen Lebens, wie wir sie finden z. B. bei schwerstem Pruritus vulvae bzw. Kraurosis vulvae, wo u. a. beim Versagen jeder anderen Behandlung die radikalsten operativen Eingriffe gerechtfertigt sein können. In ähnlichem Sinne verdienen im wahrsten Sinne die Bezeichnung „sozialer Operationen" die Colpocleisis rectalis bei unglücklichen Patientinnen mit breiter Kommunikation zwischen Vagina und Blase, meist infolge von Karzinom, und ähnliche Eingriffe, bei denen es sich ja mehr darum handelt, der Kranken wieder das Leben in ihrer Umwelt zu ermöglichen, als ihr noch einen greifbaren therapeutischen Nutzen quoad vitam et sanationem zu verschaffen.

Unter den Fistelbildungen im Bereiche des weiblichen Genitales muß uns hier noch eine Form besonders interessieren, weniger wegen ihrer klinischen Bedeutung als wegen ihrer Aetiologie, die vom Standpunkte der sozialen Pathologie Beachtung verdient: Die fistula cervicis laqueatica. — Es handelt sich hier um eine geradezu typische Abtreibungsverletzung infolge der Verwendung spitzer Instrumente (Sonden und Spritzen mit langem, spitzen Ansatz).

Ein Gebiet, das hinsichtlich seiner ganz eminenten sozialhygienischen Bedeutung dem der Lageanomalien mindestens ebenbürtig ist, vom bevölkerungspolitischen Standpunkt jedoch noch weit mehr Beachtung verdient, ist das der entzündlichen Erkrankungen des weiblichen Genitalapparates.

Gonorrhoe und infizierter Abortus sind bekanntermaßen die Hauptursachen. Sowohl dem Problem der Geschlechtskrankheiten, wie dem des Abortus haben wir bei späteren Arbeiten ein besonderes Kapitel zu widmen, es kann daher hier kurz darüber hinweggegangen werden, nur die soziale Bedeutung der Entzündungen im Bereich des weiblichen Beckens soll uns ein wenig beschäftigen.

Wie eminent die Arbeitsfähigkeit der Frau gerade durch diese Affektionen geschädigt und zwar häufig irreparabel geschädigt wird, ist ja bekannt. Angesichts des Umstandes, daß gerade beim chronisch-rezidivierenden Charakter dieses Übels und der Undankbarkeit der Therapie ein solches Leiden oft zur völligen

Zerrüttung nicht nur der Gesundheit der Frau, sondern der ganzen Familie führt, muß die enorme Verbreitung dieser Erkrankungen besonders ernst stimmen. — Die Folgen in generativer und sozialer Hinsicht sind ja geradezu verheerend. Unter den Ursachen der Sterilität, sei es nun absolute oder „Einkind-Sterilität", damit auch eines Teiles des Geburtenrückganges, spielen sie eine sehr erhebliche Rolle. — Wenn man bedenkt, daß die älteren Gynäkologen noch mit einem gewissen Recht die Schmerzen bei Entzündung der Tuben als „colica scortorum" bezeichnen konnten — so muß man wohl sagen, daß heutzutage weit über den Kreis der gewerbsmäßigen Prostituierten hinaus die Affektion vorkommt. Der Name „colica scortorum" ist also nicht mehr zeitgemäß. — Daß die Zunahme entzündlicher Veränderungen an den Tuben, sowie auch die Endometrium und Myometrium zweifellos mit verantwortlich zu machen ist für die Häufung schwerer Störungen von Schwangerschaft und Geburtsverlauf, ist ja bekannt, muß aber immer wieder aufs neue betont werden. Es ist hier besonders der Extrauterinschwangerschaft zu gedenken.

Vgl. Graefe, Ursachen der Zunahme der Tubenschwangerschaften. Zbl. f. Gyn. 1924, S. 2779.

Schoenholz („Untersuchungen über die Ursache der Eileiterschwangerschaften", Archiv f. Gyn., Bd. 127, Nr. 2/3 1926) lehnt zwar die Annahme entzündlicher Ursachen ab; man wird jedoch kaum fehlgehen, wenn man der gonorrhoischen und septischen Entzündung einen erheblichen Anteil an der Zunahme der Tubenschwangerschaften zuschreibt; wir kommen über die Tatsache dieser Zunahme nicht hinweg.

Auch das häufigere Vorkommen der Placenta accreta* dürfte mit diesen Ursachen zuzurechnen sein.

Ob nicht auch die häufigere Beobachtung des Sampsonschen Symptomenkomplexes, der heterotropen Epithelwucherungen („Adenomyosis uteri") auch mit in Zusammenhang steht mit der Häufigkeit entzündlicher Genitalerkrankungen** sei nur nebenbei erwähnt.

Wenn irgendwo in der Gynäkologie, so spielen die „sozialen Indikationen" in der Frage der Behandlung der entzündlichen Beckenerkrankungen eine Rolle. — Daß hier mit konservativer Behandlung viel erreicht werden kann, wenn der Patientin Zeit, Ruhe, Schonung, Geld und Geduld in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen — nicht zuletzt dauernde sorgfältige ärztliche Überwachung, Krankenpflege und schließlich eine Badekur in Elster, Franzensbad usw. — das wissen wir. Wer aber nicht zu den „Ärzten

---

* Vergl. Maeltzer, Zur Casuistik der Placenta accreta, Inaug.-Diss. Breslau 1925.

** Ev. auch der größeren Häufigkeit der Curettage und des Abortus.

der großen Welt" gehört (vgl. Nassauers Studie: „Der Arzt der großen und der kleinen Welt"), der kann einer solchen Aufgabe gegenüber mutlos werden! Es läßt sich ja in der Tat kaum eine größere „crux medicorum et aegrotarum" vorstellen, als wenn man Arbeiter- und Kleinbürger- bzw. Landwirtsfrauen, für die schwere körperliche Arbeit unbedingte Lebensnotwendigkeit bedeutet, mit solchen Leiden zu behandeln hat. Bei Patientinnen der Krankenversicherung kommt noch die hier besonders drückende Bestimmung des § 183 RVO hinzu: „Die Krankenhilfe endet spätestens mit Ablauf der sechsundzwanzigsten Woche nach Beginn der Krankheit". —

Wir erleben fast in allen diesen Fällen ein komplettes Versagen der konservativen Therapie. Meist wird sie von vornherein ungenügend und unzulänglich durchgeführt. — Die Hoffnung, daß uns „Reizkörperbehandlung" (Aolan, Terpichin, Yatren, Novoprotin usw.) wesentlich vorwärts bringen würde, haben wohl heutzutage fast alle Beteiligten aufgegeben. Bettruhe wird nur wenige Tage innegehalten, solange die stürmischen Erscheinungen absolut dazu nötigen. Krankenhausbehandlung wird meist abgelehnt. Wenn nicht von den Kranken so von den Krankenkassen. Die Misere der kassenärztlichen Behandlung äußert sich auf keinem Gebiet so wie hier. Ist das inflammatorische Stadium überwunden, und könnte man dem Übel durch zweckmäßig durchgeführte Heißluft — bzw. Diathermiebehandlung zu Leibe gehen, so scheitert auch dies wieder an der pekuniären Seite bei Privatpatienten, an der „Genehmigungspflicht" bei Kassenpatienten. Da es sich um „Sachleistungen" handelt, die erst von der Kasse genehmigt sein müssen, so wird häufig diese Genehmigung versagt, oder auf eine absolut unzulängliche Zahl von Behandlungen beschränkt. Nirgends äußert sich die Unerträglichkeit des Zustandes, daß der Arzt sich in sein therapeutisches Programm von Laien hineinreden lassen muß, ärger als gerade hier; nirgends rächt es sich schlimmer als hier, daß die Kassen bei allen vom Arzt vorgeschlagenen Maßnahmen Vielgeschäftigkeit und unlautere Motive wittern! — Es ist ein unerschöpfliches aber unerfreuliches Thema! —*)

So versandet dann die Behandlung meist in einer unnützen Tamponschieberei, zu der die Patientin erscheint, wann es ihr paßt. Meist verliert sie bald die Lust dazu. — Es ist dies übrigens eine

---

* Vergl. Niedermeyer, Die Bedeutung der freien Arztwahl in der deutschen Sozialversicherung. Preisarbeit des Hartmannbundes 1926.



Beobachtung, die ich in gleicher Weise bei der Gonorrhoebehandlung nach Asch gemacht zu haben glaube. So Ausgezeichnetes diese Methode leistet, so schwierig ist es, sie in der Praxis so lange durchzuführen, bis die Patientin geheilt ist! —

Was nun die Therapie der Beckenentzündungen betrifft, so möchte man fast Freude empfinden, wenn es zur Ausbildung eines richtigen abscedierenden parametritischen Exsudates bzw. der Ausbildung eines Douglas-Abscesses kommt. Greift man hier im richtigen Zeitpunkte ein, so hat man doch nahezu die erfreuliche Gewißheit, rasch helfen und die Arbeitsfähigkeit wieder herstellen zu können. Selbst wo es nicht zur ausgesprochenen Exsudatbildung gekommen ist oder die Probepunktion nur wenige Tropfen trübseröser Flüssigkeit ergeben hat, kann man mit dem Eingriffe doch sehr viel helfen. Ich weiß, daß dieses aktive Vorgehen von vielen Seiten für bedenklich gehalten wird, habe aber gute Erfahrungen damit gemacht. Besonders gut bewährt sich hierbei die Methode mit der Fraenkelschen Troicart-Kornzange mit nachfolgender Hartgummi-Konus-Drainage. —

Ist es zur Entwicklung eines Adnextumors gekommen, so nötigen uns oft die sozialen Verhältnisse zur Operation. Leider müssen die Ergebnisse der operativen Behandlung der Unterleibsentzündungen als recht unbefriedigende bezeichnet werden. Die hohe Lebensgefahr verbietet den Eingriff im akut-entzündlichen Stadium. — Relativ am günstigsten dürfte der Heilerfolg noch sein bei isolierter Pyosalpinx. Hier kann die Exstirpation rasch radikale Heilung bringen. Gefährlich bleibt aber der Eingriff auch hier noch genug! Oft aber kommt es anders: Übergreifen auf die gesunde Seite — schließlich Exstirpation der Tube auch da; hat die Kranke Unglück, und wenn sie sich nicht schonen kann, so hat sie es fast immer — so bleiben metritische, para- und perimetritische Komplikationen nicht aus; immer neue Eingriffe werden nötig, schließlich die supravaginale Amputation oder Totalexstirpation; oft genug führt die erstere noch zum gefürchteten Stumpfexsudat.

Es ist verständlich, wenn angesichts dieses zermürbenden Kampfes je nach seinem Temperament der eine Arzt Nihilist wird, der andere in seinem Vorgehen allmählich so radikal wird, daß er bei entzündlichen Erkrankungen des Beckens a priori Uterus, Tuben, Ovarien radikal entfernt, um nicht „dem Hunde den Schwanz stückweise abzuhacken"!*)

* Ein beachtenswertes Operationsverfahren scheint das von Beuttner zu sein. Vergl. Mansfeld, Zbl. für Gyn. 1926, W. 47.

Beide Extreme sind natürlich zu verwerfen. Wie schwer es aber ist, hier jeweils das Richtige zu treffen und zu individualisieren, besonders angesichts der sozialen Mißstände, kann nur der ermessen, der an einem Material schwer arbeitender Frauen seine Studien zu machen hatte.

Unter den entzündlichen Affektionen des Genitales verdient noch kurze Erwähnung die gonorrhoische Vulvovaginitis der Kinder. Ihre Bedeutung für die soziale und generative Hygiene liegt klar auf der Hand. — Die damit zusammenhängenden Probleme sind in Verbindung mit der Frage der Geschlechtskrankheiten zu behandeln.

Vgl. Vogt, Über Beziehungen der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum zur späteren Tätigkeit der Genitalorgane und besonders zur Sterilität. D. m. W. 1926 Nr. 13, S. 520 ff.

Soecken (Über die Beteiligung der inneren Genitalien an der kindlichen Gonorrhoe. Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 34, S. 2188) bemerkt, daß eine solche zwar meist beim Verschwinden der Gonokokken aus der Vagina ausheilt, immerhin muß mehr als früher damit gerechnet werden.

Hierher gehörig scheint mir eine Beobachtung zu sein, die ich gemacht zu haben glaube: Daß nämlich gegen die Behandlung der weiblichen Gonorrhoe mit Quellstäben (z. B. Partagon) gewisse Bedenken nicht unterdrückt werden können. Schwangerschaft wird ausdrücklich als Kontraindikation gegen deren Anwendung erwähnt, mit dem Hinweis auf die Gefahr des Abortus. Nun scheint gerade dieser Hinweis auf unzuverlässige Naturen einen gewissen Anreiz auszuüben. (Analog der „Anstiftung durch scheinbare Warnung", vgl. eine entsprechende Mitteilung: Niedermeyer, im Ärztl. Vereinsblatt 1924, Nr. 1301.)

Es sind mir Fälle bekannt, in denen dadurch Abortus herbeigeführt wurde. Der Vorsatz ist hierbei schwer nachweisbar, denn natürlich ist dann das Stäbchen nur in der Absicht eingeführt worden, eine Gonorrhoe zu behandeln, — von gleichzeitiger Gravidität war natürlich nichts bekannt! Mir erscheint die Quellungsfähigkeit der an sich ausgezeichneten Partagonstäbchen für die Behandlung der Gonorrhoe nicht so wesentlich, daß die Gefahr eines so bedenklichen Mißbrauches in Kauf genommen werden dürfte.

Holzamer (Med. Kl. 1926, Nr. 16) hält allerdings gerade die Quellungsfähigkeit der Stäbchen für einen besonderen Vorteil bei der Gonorrhoebehandlung. — Vgl. auch Neergard u. Schürer, Dermatolog. Ztschr. Bd. 43.

Wie dem auch sei, ich verschließe mich keineswegs der Erwägung, daß der Unzuverlässige auch ohne Quellstäbchen Mittel zur illegalen Unterbrechung zu finden weiß, während der gewissenhafte Arzt selbst durch diese zum Abortus geeigneten Mittel nicht in die Versuchung gerät, ihn grundlos herbeizuführen.

Zum Thema der entzündlichen Erkrankungen wäre noch zu bemerken, daß es wohl als erwiesen angesehen werden darf, daß es Fälle von „kryptogenetischer Sepsis" gibt, in denen als Eingangspforte der Infektion die Tonsille bzw. die Zahnalveole angesehen werden darf. Speziell in Amerika, wo man sich ja mit einem wahren Feuereifer auf alle neuen Ideen zu stürzen pflegt, hat man einen regelrechten Vernichtungsfeldzug gegen die Tonsillen in Szene ge-

setzt. Ebenso hat man den Gedanken der „dentalen Infektion“ übertrieben. Sieht man aber von solchen Übertreibungen ab, so wird man doch Fälle finden, in denen dieser Infektionsweg anzunehmen ist und seine Erkenntnis die Wege zur richtigen Behandlung weist. Aus der eigenen Privatpraxis ist mir ein Fall besonders deutlich in Erinnerung geblieben, wo eine Patientin auswärts lange behandelt worden war, ohne daß es gelang, die Infektionsquelle zu ermitteln. — Es stellte sich eine fusospirilläre Infektion der Zahnalveolen heraus, nach deren Beseitigung die Allgemeinerscheinungen schwanden. Die Patientin ist allerdings infolge ihrer Adnexerkrankung steril geblieben. Ich führe diese „dentale Infektion“ hier aus dem Grunde an, weil in der sozialen Fürsorge die Schulzahnpflege vielfach noch nicht das nötige Verständnis findet. Wie man sieht, kann eine dentale Infektion selbst für die Fortpflanzung von Bedeutung sein.

Im Zusammenhang mit den entzündlichen Erkrankungen hätten wir noch die Bedeutung der Pertubation und der Salpingographie für die soziale und generative Hygiene zu würdigen. Wenn sie auch für Therapie der Sterilität eine geringere Rolle spielen als für die Diagnose ihrer Ursache, so haben wir doch in den genannten Eingriffen eine wertvolle Bereicherung unseres Rüstzeuges im Kampfe gegen die Sterilität zu erblicken*.

Es verdient hier allerdings Erwähnung die Tatsache, daß die Gefahr der Luftembolie und der Keimverschleppung zur Vorsicht vor kritikloser Anwendung besonders der Pertubation mahnt!

Mandelstamm, (Tubendurchblasung und Sterilitätsproblem. Zbl. f Gyn. 1926, Nr. 23, S. 1537) schreibt: „Ich rate dringend jedem Fachkollegen ab, eine Pertubation während der Sprechstunde vorzunehmen; wie einfach die Probe auch ist, muß sie bei peinlicher Aseptik von erfahrenen Händen vorgenommen werden und die Kranken sollen (bei positivem Ausfall der Probe) im Laufe von 24 Stunden nicht aus dem Auge gelassen werden“.

Im Kampfe gegen die Sterilität, und zwar besonders die durch entzündliche Erkrankungen bedingte Sterilität haben wir durchaus wertvolle Hilfsmittel gewonnen durch operative Verfahren, deren Bedeutung unter Umständen hoch veranschlagt werden muß: Die Salpingostomatoplastik bei Verklebung des fimbrialen Tubenendes und die Eileitereinpflanzung, die neuerdings mehr gewürdigt zu werden scheint.

Vgl. hierüber:

Kiparski, Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 23, S. 1523, ferner Kennedy, Hermstein, Neustadt.

Heimann, (Salpingostomatoplastik und Gravidität. Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 28, S. 1828) berichtet über einige erfolgreich operierte Fälle,

* Vergl. Sellheim, Befruchtung, Unfruchtbarkeit, Unfruchtbarkeitsbehandlung. Zeitschr. für ärztl. Fortbildung 1924 Nr. 19.

Schwarz, Statistisches und Kritisches zu den Ergebnissen der Behandlung weiblicher Sterilität. Monatsschr. für Geb. und Gyn. Bd. 71, Nr. 5/6.

in denen Gravidität eingetreten ist. Weniger günstig ist das Urteil über die direkte Einpflanzung des Ovariums in den Uterus. Heimann hat mit dieser Methode bisher keine Gravidität erlebt.

Vgl. ferner die sehr beachtenswerte Arbeit von Isbruch „Die Möglichkeit der Beeinflussung geeigneter Fälle von primärer weiblicher Sterilität durch operative Maßnahmen am Ovarium und am Tubenostium." Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 27, S. 1705 ff.

Über günstige Erfolge der Tubeneinpflanzung berichteten in der letzten Zeit mehrere Autoren:

Unterberger, Normaler Partus nach Tubenimplantation, Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 73, H. 1/2.

Pfeilsticker, Schwangerschaft nach Tubenimplantation, Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 29, S. 1907, endlich

Mandelstamm, Schwangerschaft nach Tubenimplanation in den Uterus. Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 37, S. 2378. Es ist dies nach ihm der zweite erfolgreiche operierte Fall in Europa. (Der Fall von Pfeilsticker wurde ihm erst während der Drucklegung bekannt.)

Jedenfalls scheint sich hier ein durchaus aussichtsreiches Verfahren für die Behandlung der Sterilität zu eröffnen.

Der Vollständigkeit halber hätten wir hier noch das Problem der „künstlichen Befruchtung" zu erwähnen. Allzu groß ist die Bedeutung dieser Encheirese bisher nicht geworden. Es läßt sich verstehen, daß auf Seiten der Patienten nicht übermäßig große Neigung dafür vorhanden ist. Bevölkerungspolitische Bedeutung in nennenswertem Maße kommt daher dem Eingriff nicht zu*. Unter den Methoden erwähne ich die von Nassauer mit Hilfe des „Fructulet".

Größere Bedeutung für Zwecke wissenschaftlicher Forschung scheint man sich von Versuchen zu versprechen, die künstliche Befruchtung von Weibchen anthropoider Affen mit menschlichem Sperma bezwecken, um daran die biologische Vewandtschaft zwischen Menschen und Menschenaffen zu studieren. Die daran anknüpfenden Rechtsfragen wurden kürzlich von Schwalbe in der D. m. W. 1926, Nr. 32, S. 1351 aufgerollt; vgl. die daselbst veröffentlichte Äußerung von Ebermayer. Es käme allenfalls bei solchen Versuchen der § 173 StGB. in Betracht; vgl. Reichsgerichtentscheidungen Bd. 3, S. 200, Bd. 48, S. 235. Ebermayer verneint jedoch die Anwendbarkeit des Paragraphen für Versuche im Rahmen wissenschaftlicher Forschung.

Die rechtliche und biologische Seite dieser Frage findet sich erörtert bei Rohleder, Bd. VI der Monographien zur Zeugung („Bastardierung von Mensch und Menschenaffen", G. Thieme, 1918.) Griesbach, D. m. W. 1926, Nr. 35, S. 1479, berichtet dazu, daß Kohabitationen zwischen Eingeborenen und Menschenaffen stets steril geblieben sind. Die etwas abenteuerlich anmutenden Mitteilungen von Griesbach dürften wohl nur mit größter Vorsicht zu verwerten sein. — Bedeutsam sind die Ausführungen von Uhlenhuth in D. m. W. 1926, Nr. 46, S. 1945, der die theoretisch-biologische Grundlage des ganzen Problems aufrollt. Die Möglichkeit einer erfolgreichen Kreuzung zwischen Mensch und Menschenaffe darf wohl durchaus bezweifelt werden. — Ob die Versuche, die zurzeit besonders von Iwanow-Moskau betrieben werden, wirklich, wie dessen Assistent Cogan bemerkt, „in moralischer und geistiger Hinsicht hohe und ehrfurchtgebietende Bedeutung" besitzen, mag dahingestellt bleiben. Für die Wissenschaft dürfte der Ertrag an tatsächlicher Erkenntnis, wie immer, wohl in umgekehrtem Verhältnis stehen zu der damit verbundenen Sensation und Reklame. —

Einer besonderen Erörterung bedürfen vom Standpunkt der sozialen und generativen Hygiene die Eingriffe der sogenannten

* Samuel berichtete kürzlich (D. m. W. 1926, Nr. 50) über einen Fall, in dem bei Azoospermie des Ehemannes die drohende Scheidung abgewendet wurde durch künstliche Befruchtung mit Sperma von dem Bruder des Ehemannes!



„kleinen Gynäkologie". Die Bedeutung dieser Eingriffe liegt vor allem in dem Umstande, daß sie relativ einfach sind und keine allzu hohen Anforderungen an das Können stellen, soweit es sich um das rein technische Können handelt. Dieser Umstand bedingt die große Gefahr, daß sie viel zu häufig mit unzulänglicher Indikationsstellung und oft ohne die nötige Sorgfalt ausgeführt werden. Ganz abgesehen davon, daß auch für die sogenannte „kleine Gynäkologie" das Gleiche gilt, was einmal ein bedeutender Chirurg vor der „kleinen Chirurgie" sagte: „Es gibt in der Chirurgie keine Kleinigkeiten" — wird viel zu wenig an den verderblichen Einfluß gedacht, den das fortgesetzte Manipulieren im Genitale auf die Organe und auf die Psyche der Frauen hat. Man denke an die Unzahl dieser kleinen Eingriffe: Ätzungen, Sondierungen, Scarifikationen, Dilatationen, Curettements, — von denen sicher nur ein kleiner Bruchteil gerechtfertigt sein kann. Es sollte doch nicht vorkommen, daß eine Frau wegen Blutungen immer und immer wieder curettiert wird. Wenn ein- bis zweimaliges Curettement nicht zum Ziele führt, so müssen doch noch andere Ursachen vorliegen. — Die Übertreibung jeder Methode, mag diese an sich noch so gerechtfertigt sein, wird zur Gefahr. — In der Ovarienresektion ist sicher für viele Fälle ovarieller Meno- und Metrorrhagie bei kleincystischer Degeneration ein sehr wertvolles Verfahren gegeben*. Es wäre nur zu wünschen, daß dieses Verfahren nicht auch das Schicksal anderer teilte, durch kritiklose Anwendung in Mißkredit zu kommen. Man darf nie vergessen, daß gerade in der Gynäkologie jeder Eingriff vom bevölkerungspolitischen Standpunkt aus mit einer besonders hohen Verantwortlichkeit belastet ist. —

Bei den hier angeschnittenen Fragen handelt es sich nicht, wie man vielleicht glauben könnte, um Finessen und Spitzfindigkeiten, sondern vielmehr um Dinge von der eminentesten Bedeutung für das Frauenwohl. Man kann ihnen keinen besseren Ausdruck geben, als es Hirsch getan hat (vgl. die Arbeit „Die Uterussonde ist ein gefährliches und entbehrliches Instrument", Zbl. f. Gyn. 1922, Nr. 36): „So wird die Frage der Uterussondierung zu einer Frage der Fortpflanzungstherapie, dem wesentlichsten Teil dessen, was der Frauenarzt zum Aufbau der Volkskraft beitragen kann."

Ferner verweise ich auf die Arbeit von Hirsch, „Frauenheilkunde und Bevölkerungspolitik", Monatsschrift f. Geb. und Gyn. 1919: „Der Gebrauch dieser Instrumente kann nicht nur unbeabsichtigt ein etwa angelegtes Ei zerstören, sondern dient vor allem gewissenlosen Ärzten zum Deckmantel fruchtabtreiberischer Handlungen. In einer großen Stadt des besetzten Gebietes im Osten hörte ich von zwei Ärzten, welche großen Zulauf von Patientinnen hatten, die sich allmonatlich zur Zeit der erwarte-

* Engl, Zbl. fur Gyn. 1925 Nr. 40, S. 2235, 1926 Nr. 2, S. 111
Hannes, Zbl für Gyn. 1926 Nr. 2, S. 105.

ten Regel „ihren Katarrh ätzen" lassen". Über ähnliche Manipulationen berichtet Reni im Zbl. f. Gyn. 1925, S. 1085: Die Europäerinnen in Charbin lassen sich allmonatlich vor und nach den Menses Jod in den Uterus einspritzen, um der Konzeption vorzubeugen. Offenbar sollen solche Methoden den sittlichen Hochstand der Europäerinnen dokumentieren!

Die Gefährlichkeit der sogenannten kleingynäkologischen Eingriffe wird auch besonders gewürdigt in einer Arbeit von Mayer, Rückblicke und Ausblicke im Gebiete der kleinen Gynäkologie, Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 14, S. 917. Diese Arbeit ist besonders wertvoll durch die sie beherrschenden sozialhygienischen Gesichtspunkte.

Der Gebrauch der Uterussonde, der angeschuldigt wird, fortpflanzungsfeindlich zu wirken, wird nun freilich wieder von anderer Seite lebhaft verteidigt, und zwar gerade mit dem Hinweis, daß in vielen Fällen von Sterilität die einfache Maßnahme der Sondierung eine Heilung der Sterilität bewirken soll. Vgl. Pfeilsticker, Uterussonde und Sterilitätsbehandlung, Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 28, S. 1847.

Diese Beobachtungen wurden von verschiedenen Autoren bestätigt, z. B. Asch, Dienst u. a., Gyn. Ges., Breslau, 25. 10. 1925, Ref. Zbl. f. Gyn. 1926, S. 1977 ff.

Besonderer Erwähnung bedürfen noch die Folgen gehäufter Ausschabungen des Uterus. Dieser Eingriff ist ja bedauerlicherweise zu einem der häufigsten in der Gynäkologie geworden, seit die Abtreibung in der Tat zu einer Volksseuche geworden ist. (Vgl. Vollmann, Die Fruchtabtreibung als Volkskrankheit, G. Thieme, Leipzig 1925). Zomakion berichtet über die speziell in Rußland gegenwärtig besonders zahlreich zu beobachtenden Folgen der gehäuften Ausschabung im Zentralblatt f. Gyn. 1925, S. 1775. An Folgeerkrankungen hat er vor allem festgestellt:

1. Abortus habitualis,
2. Absolute und relative Sterilität,
3. Störungen und Hemmungen der Menstruation,
4. Hemmungen der Menstruation mit starken Störungen des Allgemeinbefindens.

Weiter sind von Folgen des Curettements zu erwähnen: Bisweilen Cervixstenosen, Cervixatresien, Hämatometra. Vgl. die Arbeiten:

Müller, Verwachsungen in der cervix uteri nach Abortus.

Feuchtwanger, Verwachsung der cervix uteri nach Curettage, Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 29, S. 1919, 1920.

Wolff, Zbl. f. Gyn. 1926 Nr. 19.

Rißmann („Conglutinatio orificii externi") in: D. m. W. 1926. Nr. 22.

Loebel, Verwachsungen in der cervix nach Curettagen, Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 30, S. 1965.

Die ambulante Vornahme des Curettements in der Sprechstunde des Arztes dürfte wohl auch wieder einen Umfang angenommen haben, daß man nicht gleichgültig zusehen kann. Sehr mit Recht hat Heimann im Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 27 darauf hingewiesen, daß die deutschen Hochschullehrer sich immer wieder bemühen, ihren Studenten die Gefahren des ambulanten Curettements und der ambulanten Abortbehandlung vor Augen zu führen; leider werden diese berechtigten Grundsätze sowohl in der Praxis als in einzelnen Veröffentlichungen durchbrochen. Vgl. Gellert, Zbl. 1926, Nr. 17, Arndt, ebenda Nr. 42. — Flechtenmacher, Zbl. 1926, Nr. 44, tritt als Praktiker auf den Boden der Ausführungen von Heimann und betont, daß die ambulante Ausführung des Curettements ein Kunstfehler ist, den ein gewissenhafter Arzt nicht begehen darf. Daß es in einem großen Teil der Fälle trotzdem glatt geht, ändert hieran nichts.

Es muß nochmals auf die besondere Gefahr hingewiesen werden, die bei gehäufter Vornahme kleingynäkologischer Eingriffe in dem psychischen Trauma liegt, das für die Frauen die ständige Beschäftigung mit ihrem Genitale bedeutet. Der Arzt kann hier in der Tat durch seine Ein-

griffe ein direkt krankmachendes Agens zufügen. Die Ausführungen von Bumke über „iatrogene Erkrankungen" („Der Arzt als Ursache seelischer Störungen", D. m. W. 1925, Nr. 1, S. 3), sind nicht bloß für phychiatrisch-neurologische Erkrankungen sondern auch für die Gynäkologie äußerst beherzigenswert. Vgl. auch ähnliche Gedanken in der bereits angeführten Arbeit von Mayer, Rückblicke und Ausblicke im Gebiete der kleinen Gynäkologie, Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 14.

Besonders bei dysmenorrhoischen Beschwerden dürfte es sich kaum rechtfertigen lassen, daß allzu viele Eingriffe ausgeführt werden. — Es ist eine wichtige Aufgabe, hier sorgfältig die Fälle auszusuchen, bei denen richtige Allgemein- bzw. Psychotherapie Erfolg verspricht. Bei dieser Gelegenheit mag nicht unerwähnt bleiben als Beispiel, wie die einseitige Übertreibung eines an sich vielleicht beachtenswerten Gedankens geradezu ausarten kann, die von Fließ inaugurierte nasale Behandlung der Dysmenorrhoe. Fließ spricht von „Genitalstellen an der Nase" und von einem dort aus beeinflußbaren „Asthma uterinum". Die Vorstellung, es sei der Frauen Weh und Ach aus einem Punkte zu kurieren — nämlich dem locus Kießelbachi des Nasenseptum, kann geradezu zur Monomanie werden. Vgl. Brenke, Die einzigartige und überragende Stellung der Nase in der menschlichen Pathologie. Ragnit, Verlag Ibing 1920. Man erblickt im vorderen Teil des Nasenknorpels den Rest der Chorda dorsalis und in den Nervenendigungen der Nasenschleimhaut die entwicklungsgeschichtliche Endstelle des Grenzstrangs des Sympathikus und schreibt diesen Umständen — wobei noch der engen Beziehungen zwischen Geruchs- und Genitalnerven gedacht wird — eine besondere Bedeutung für die Therapie der Dysmenorrhoe zu. Es mag für manche Fälle schon etwas Wahres daran sein, im allgemeinen aber müssen wir Polypragmasie jeder Art nur für höchst schädlich halten. Verwerflich ist auch jede Einseitigkeit der Auffassung.

Die Behandlung der Dysmenorrhoe muß übrigens stets Stückwerk bleiben, wenn man nicht die besondere Bedeutung der Konstitution gerade für die Pathologie dieses Leidens würdigt. Das Dysmenorrhoeproblem unter dem Gesichtspunkte der Konstitutionspathologie behandeln einige Arbeiten von Hirsch: Dysmenorrhoe in Beziehung zu Körperbau und Konstitution nebst Ausführungen über Konstitution und Sexualität. Zbl. f. Gyn. 1923, Nr. 39; ferner: Die Dysmenorrhoe der Spasmophilen und über die Ursache des Menstruationsschmerzes, Zbl. f. Gyn. 1924, Nr. 20. — Sellheim in: Hygiene und Diätetik der Frau, S. 45 ff weist wiederum auf die Bedeutung der bakteriellen Invasion und der dadurch verursachten Entzündung bes. der ligg. sacrouterina hin bei unhygienischem Verhalten während der Menses. Interessant ist die Mitteilung von Schwoerer und Wichmann (Ergebnisse der Dilationsbehandlung der Dymenorrhoe, Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 32), daß die Ergebnisse der Dilatationsbehandlung der Dysmenorrhoe bei Privatpatienten besser sind als bei Kassenpatienten, die sofort wieder die Arbeit aufnehmen.

Schließlich muß wenigstens andeutungsweise an die psycho-therapeutische Behandlung der Dysmenorrhoe erinnert werden. Es sind die verschiedensten Verfahren angewendet worden: Hypnose, Wachsuggestion, Persuasion usw., auch Psychoanalyse. Bei geeigneter Auswahl der Fälle dürften auch diese Behandlungsmethoden, mit Kritik angewandt, gute Erfolge zeitigen.

Ähnliches wie von der Dysmenorrhoebehandlung gilt von der Behandlung des Vaginismus. Die soziale Bedeutung dieses Zustandes liegt einerseits in seiner ungünstigen Beeinflussung des Fortpflanzungswillens und sogar der Fortpflanzungsfähigkeit, andererseits in seiner geradezu zerstörenden Wirkung auf die eheliche Gemeinschaft, die durch gründliche Beseitigung des Zustandes

hintangehalten werden kann. Wir haben hier ein in vielen Fällen erfolgreiches Operationsverfahren in Gestalt der Exzision des Hymen bzw. schmerzhafter Karunkeln vor uns. Ob es sich hierbei mehr um Suggestiverfolge handelt, wie bisweilen behauptet wird, wage ich nicht zu entscheiden. In vielen Fällen dürfte doch die Rigidität des Hymen bzw. die Empfindlichkeit einer Karunkel die Ursache des Vaginismus abgeben. — Handelt es sich hingegen um Folgeerscheinungen eines allgemeinen Infantilismus oder einer Hysterie, so sind jedenfalls operative Verfahren nicht als Allheilmittel anzusehen. Im übrigen braucht Hysterie nicht durchaus eine Gegenanzeige zu bilden, besonders dort, wo Grund zur Annahme besteht, daß das Genitalleiden „den direkten und einzigen Anstoß zur Entfaltung der Hysterie gegeben hat". (Binswanger.)

Die Bedeutung des Genitalleidens für die Entstehung der Hysterie, von Küstner in seinem Lehrbuche durchaus gewürdigt, ist in der letzten Zeit erheblich geringer eingeschätzt worden. Man ist darin zweifellos zu weit gegangen. Die Bewertung des Genitalleidens für die Hysterieentstehung muß wieder das richtige Maß finden. Sellheim, Hygiene und Diätetik, führt mit Recht S. 131 aus, daß seiner Ansicht nach am Zustandekommen der Hysterie die ὑστέρα doch wohl nicht so ganz unbeteiligt sein könne, wie man jetzt vielfach anzunehmen geneigt war. S. ferner S. 135: „Es sind Anzeichen vorhanden, daß wir dem Verdrängen der echten Weibsnatur einen immer größeren Spielraum im Zustandekommen psychischer und körperlicher Störungen einräumen."

Allerdings führt uns der hier eingeführte Begriff der „Verdrängung" von dem körperlichen Genitalleiden ab; wir sind jedoch weit entfernt, diesem die ausschließliche oder bloß in jedem Falle überragende Rolle zuzusprechen. Vielmehr soll bloß betont werden, daß es sicher falsch ist, wenn wir die Rolle des Genitalleidens unterschätzen, das doch einen großen Einfluß auf die weibliche Psyche hat. — Die Bedeutung der durch die Psychoanalyse erschlossenen Erkenntnisse über den Einfluß des seelischen, speziell des sexuellen Traumas und der „Verdrängung" soll dabei voll anerkannt werden.

Es muß hier auch des seelischen Traumas einer rücksichtslosen Defloration gedacht werden. Grotjahn schätzt seine Bedeutung so hoch ein, daß er (Hygiene der menschlichen Fortpflanzung S. 71, 263) allen Ernstes die Forderung nach künstlicher Defloration sehr eindringlich erhebt! Er spricht geradezu von einer Forderung der „Entbarbarisierung des Frauenlebens" und erhebt diese Forderung

mit der gleichen Entschiedenheit wie die der klinischen Geburtshilfe.

Aber auch Eingriffe, die das gerade Gegenteil der Grotjahnschen Forderung bezwecken, scheinen gebräuchlich zu sein. Im Orient z. B. soll der künstliche plastische Ersatz des deflorierten Hymen eine große Rolle spielen. Die Ärzte in Kairo sollen, wie mir ein dort lange ansässig gewesener Apotheker versicherte, diese — nebenbei bemerkt, für sie sehr lukrative — Operation nicht für standesunwürdig halten. Es entzieht sich meiner Kenntnis, ob derartige Praktiken in nennenswertem Umfange auch bei uns geübt werden. —

Die sozial so bedeutungsvolle Frage nach der Berechtigung operativer Eingriffe bei Hysterie (vgl. oben) kann nicht besser beantwortet werden, als dies bei Döderlein-Krönig geschieht: „Gewinnen wir auf Grund der klinischen Beobachtung die Überzeugung, daß durch langdauernde Blutungen ... oder durch langanhaltende Beschwerden, die in einer Genitalerkrankung begründet sind, das nervöse Gleichgewicht der Frau ungünstig beeinflußt wird, so wird uns die Hysterie und Neurasthenie oder selbst eine neuropathische Veranlagung des Individuums eher zur Beseitigung des Genitalleidens nötigen als bei intaktem Nervensystem. Gerade die Blutverluste werden von neurasthenischen Individuen sehr schlecht vertragen, so daß wir uns ... eher zu einem radikalen Eingriff entschließen, als bei Frauen mit normalem Nervensystem. (Beispiel: hämorrhagische Metropathie bei Frauen nahe der Klimax.) Es kann durch langanhaltende Blutungen der nervöse Erschöpfungszustand der Frau so verschlimmert werden, daß die Arbeitsfähigkeit oft erst Jahre nach der Sistierung der Blutung wieder einigermaßen hergestellt wird. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei chronischen Adnexerkrankungen; hier kommen weniger die Blutverluste als die örtlichen Beschwerden in Betracht ... bei Hysterie werden sie ... oft als unerträglich bezeichnet und beeinflussen das Allgemeinbefinden der Frau so wesentlich, daß ihre völlige Beseitigung durch einen operativen Eingriff eher indiziert ist. Auf diese Bedeutung normal unterschwelliger Reize, die bei gesteigertem Erregbarkeitszustand zum Bewußtsein kommen und damit die Indikation zu einem operativen Eingriff abgeben können, haben wir schon bei der Behandlung der Dysmenorrhoe hingewiesen. ... Die Hysterie kann schließlich auch unmittelbar zum operativen Eingriff an den Genitalien Veranlassung geben, nämlich bei hysterischen Meno- und Metrorraghien ... Wenn wir auch der Über-

zeugung sind, daß sich diese Blutungen niemals zu lebensgefährlicher Höhe steigern, so glauben wir doch, daß sie in vereinzelten Fällen die Berechtigung zu einem operativen Eingriff abgeben dürften... es bleibt immerhin ein gewisser Prozentsatz der Fälle übrig, bei denen wir uns aus dieser Indikation entschlossen haben, die Totalexstirpation vorzunehmen."

Über das Schwinden schwerer hysterischer Symptomenkomplexe durch operative Kastration vgl. die Arbeiten von
Kutzinski, D. m. W. 1924, Nr. 28;
Kutzinski, D. m. W. 1925, Nr. 31;
Mendel, D. m. W. 1925, Nr. 23.

Hier wäre noch kurz des „furor operativus passivus" der Hysterischen zu gedenken, — jener Äußerungsform der Hysterie, die sich in der Sucht nach zahllosen Operationsnarben am Körper manifestiert. Deren tieferen Grund stellt vielleicht eine „pathische" Veranlagung dar, die im Leiden und Erdulden Genuß und Erlösung findet.

Daß Hysterie bei besonders ungünstigem Zusammentreffen verschiedener Umstände zum Tode führen kann, wird in einer Arbeit von Rosenfeld, Hysterie als Todesursache, D. m. W. 1925, Nr. 26 ausgeführt. Es heißt dort zusammenfassend:

„Wir sehen, wie in einem circulus vitiosus die krankmachenden emotionalen und vegetativen Faktoren sich gegenseitig ungünstig beeinflussen und schließlich in einem besonders schweren Falle von Hysterie zum Tode führen können. So wird man vielleicht auch bei Hysterischen von einem primären Sympathikustod sprechen dürfen, welcher den Auflösungsprozeß in manchen Fällen einleitet und dem primären Gehirntod und dem Herztod gegenübergestellt werden kann."

Es geht aus alledem hervor, daß Hysterie sowohl gegebenenfalls als Kontraindikation wie auch im anderen Falle als Indikation zu operativen Eingriffen wirken kann. — Es gibt gerade in der Gynäkologie zahlreiche Affektionen, bei denen der Grad der subjektiven Beschwerden den Ausschlag geben darf und muß. —

Aus der Fülle der gynäkologischen Probleme, in denen unsere sozialhygienische Betrachtungsweise wertvolle Erkenntnisse zu erschließen imstande ist, will ich einige weitere nur ganz kurz streifen: Obstipation als Frauenleiden — vgl. die bedeutsame Arbeit von Asch (D. m. W. 1923 Nr. 24 S. 781) — s. auch bereits von Winckel, S. 255 ff., S. 64.

Auf die Bedeutung des Traumas für die Affektion hat 1908 Pincus aufmerksam gemacht*. Konstitutionelle, psychische und soziale Einflüsse kommen zweifellos hinzu, um ein Krankheitsbild zu erzeugen, das seinerseits die von mir eingangs erwähnten „so-

* Pincus, Constipatio muscularis seu traumatica mulieris chronica. Volkmanns Sammlg. klin. Vortr. Gynäkol. 173/174 1908, J. A. Barth.

zialen Rückwirkungen“ in hohem Maße aufweist. — Nicht minder kommen für die Entstehung dieses Leidens die durch die sozialen Verhältnisse bedingten Lebensgewohnheiten in Betracht. Vergleiche Sellheim, Die Folgen langdauernder ungenügender Entleerung von Blase und Mastdarm beim Weibe. Hegars Beiträge z. Geb. und Gyn. Bd. I. H. 3. 1898.

Ein anderes Problem ist das der „Menotoxine“. Es hat bekanntlich vor allem Schick die Frage aufgeworfen, ob bei der Menstruation die Ausdünstung der Frau toxisch wirken kann, und gewisse Beobachtungen, die auch im Volksglauben eine Stütze zu finden scheinen, so das Verwelken der Blumen in der Hand der Menstruierenden, das Verderben von Konserven, die zur Zeit der Menses bereitet worden sind usw., auf den vermehrten Cholingehalt des Schweißes bezogen.

Nach anderen Ansichten handelt es sich um Arsengehalt; nach Dienst wäre ungenügende Umwandlung von Thrombin und Antithrombin in das ungiftige Metathrombin anzuschuldigen.

Es handelt sich um eine tief im Volksbewußtsein wurzelnde Ansicht, der nach der Meinung von Fraenkel, Hermstein (s. Zbl. f. Gyn. 1926, S. 1974) doch irgendeine positive Grundlage nicht ganz abzusprechen ist. Unleugbare Tatsache ist ja z. B., daß Brustkinder auf die Menstruation der stillenden Mütter mit Übelkeit und Durchfall reagieren. — Ob das Verderben von Backwaren, Konserven usw. nur bei besonders unreinlichen und stark schwitzenden Frauen vorkommt, sei dahingestellt, in diesem Falle hätte es freilich mit der Menstruation als solcher nichts zu tun.

Eine Bestätigung dieser Beobachtungen würde insofern hohe sozial- und gewerbehygienische Bedeutung haben, als z. B. menstruierende Arbeiterinnen nicht bei der Konservenbereitung beschäftigt werden dürften; auch in Blumengeschäften usw. wäre ihre Verwendung unerwünscht.

Auch die pomologische Anstalt in Proskau, die zahlreiche Arbeiterinnen beschäftigt, hat sich für die Frage interessiert. s. Scheffzeck, Gyn. Ges. Breslau 25. 10. 1925.

In der pomologischen Anstalt zu Proskau wurden nach Mitteilungen von Scheffzeck keinerlei Beobachtungen gemacht, die für das Menotoxin im positiven Sinne sprächen.

Die eingehenden Untersuchungen von Schubert (Beuthen) und Steuding haben jedoch ergeben, daß in dieser Beziehung nicht der geringste Grund zur Sorge besteht.

Die Frage der Menotoxine wird auf Grund ihrer Versuche in völlig negativem Sinne entschieden.

Vgl. Schubert und Steuding, Die Menstrualgiftfrage, Monatsschrift f. Geb. u. Gyn., Bd. 72, H. 3/4.

Auch Labhardt, Zbl. f. Gyn. 1924, S. 2626, kommt zu einer Ablehnung des Menotoxins.

Von sozialer Bedeutung ist bisweilen auch das Rezidivieren von Krankheiten während der Menstruation.

Über das Rezidivieren von Augenkrankheiten und Menstruation vgl. Runge, Gynäkologie und Geburtshilfe in ihren Beziehungen zur Ophthalmologie, Leipzig, J. A. Barth 1908.
ferner zwei kleine Mitteilungen des Verfassers:
1. Seltene Fernwirkung innersekretorischer Störung des Ovariums. D. m. W. 1924 Nr. 19..
2. Menstruelle Herpesrezidive. Zbl. f. Gyn. 1925, Nr. 48.

Selbstverständlich müssen wir verlangen, daß bei der Erziehung der Mädchen darauf hingewirkt wird, trotz aller vernunftgebotenen Schonung zur Zeit der Menses aus dem natürlichen Vorgang keine Krankheit werden zu lassen. Es ist dies in erster Linie eine Frage der Willenserziehung. Eine Frau, die das nicht gelernt hat, kann sozial schwer geschädigt werden durch ihre willenlose Schwäche den Katamenien gegenüber.

Ein weitverbreitetes Leiden der Frauen, das nicht nur gelegentlich durch seine Genese (z. B. bei Tabakarbeiterinnen, vergleiche Hirsch, Leitfaden der Berufskrankheiten der Frau, S. 112), sondern auch durch seine körperlichen und psychischen Rückwirkungen und seinen Einfluß auf die Fortpflanzungsfähigkeit eine bedeutende Rolle spielt, ist der Fluor. Die Gynäkologie hat sich in den letzten Jahren auffallend intensiv mit dem „Fluorproblem" beschäftigt, und das mit vollem Rechte. Es kann nur begrüßt werden, daß die Bedeutung dieses lange vernachlässigten Leidens richtig erkannt worden ist. — Was die Behandlung anbetrifft, so gilt mutatis mutandis das gleiche, wie auf Seite 28 bezüglich der entzündlichen Erkrankungen des weiblichen Beckens gesagt worden ist*.

Von Bedeutung sind die Forschungen geworden, die sich mit der Biologie der Vagina beschäftigen.

In der Praxis wird relativ selten an die Infektion mit Trichomonas vaginalis und ihre bakteriellen Symbionten (meist Micrococcus gazogenes alkalescens) gedacht.

Wille („Alltägliches in der Gynäkologie", Monogr. z. Frauenkunde usw. 1926) glaubt zwar nicht an die kausale Bedeutung des Trichomonas (S. 34 „An die kausale Bedeutung des Trichomonas glaube ich nicht mehr"); er ist jedoch die Begründung dafür schuldig geblieben.

Wichtiger ist die Lehre von den „Reinheitsgraden der Vagina". Wenn man sie auch vielleicht nicht restlos zu akzeptieren braucht, so hat sie doch wertvolle Anregungen gebracht. Die Mischinfektion, die vor allem beim dritten bzw. vierten Reinheitsgrade in die Erscheinung tritt, glaube ich bestimmt in vielen Fällen für das Ascendieren der Krankheitskeime im Wochenbett, post abortum und post menstruationem verantwortlich machen zu müssen.

---

* Über psychogenen Fluor und seine Behandlung vergl. v. Arx, Psychogenese des Fluor albus und seine Therapie Schw. m. W. 1926 Nr. 11.



Vgl. eine Arbeit von Neumann, Die Reinheitsgrade des Scheideninhalts am Ende der Schwangerschaft und ihre prognostische Bedeutung für die Morbidität im Wochenbett. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 89, H. 2; ferner:

v. Broich, Die Bedeutung der Reinheitsgrade für den Ablauf des Wochenbetts. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 72, H. 3/4. v. Broich lehnt den Zusammenhang des Wochenbettverlaufs mit den Reinheitsgraden der Scheide ab.

Auch Wirz (Wissensch.-med. Ges. Univ. Köln, 7. 5. 26, Ref. D. m. W. 1926 Nr 26) bestreitet jede Bedeutung der Reinheitsgrade für die Prognose des Wochenbetts. (S. auch Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 46.)

Hingegen erkennt Benthin (D. m. W. 1926 Nr. 29) die große Bedeutung der Veränderung der Scheidenflora an.

Die Bedeutung des Traumas für die Gynäkologie wurde bereits an anderer Stelle, bei der Entstehung von Prolaps, Retroversioflexio, Genitalfisteln usw. kurz berührt. —

Mayer hat in seinem Werke über die Unfallerkrankungen in der Geburtshilfe und Gynäkologie großes und ungemein wertvolles Material verarbeitet und einen „Leitfaden zur Begutachtung" gegeben, dem grundlegende Bedeutung zukommt. Auch Hirsch hat die Unfallerkrankungen in seinen Werken stets in den Kreis der Betrachtung gezogen. (Vgl. die Arbeiten: „Die Gefahren der Frauenerwerbsarbeit für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Kindsaufzucht mit besonderer Berücksichtigung der Textilindustrie", C. Kabitzsch, Leipzig 1925, ferner: Frauenarbeit und Frauenkrankheiten im Halban-Seitz.) — Immerhin dürfte das Bedürfnis nach einer erschöpfenden Darstellung dieser Materie im Sinne der sozialen und versicherungsrechtlichen sowie der gerichtlichen Medizin unbedingt zu bejahen sein, zumal andere Gebiete der Medizin in dieser Hinsicht weit eingehender bearbeitet sind als die Gynäkologie.

Eine neuere Arbeit von Raaflaub (Beitrag zur Kasuistik der Unfallverletzungen der äußeren Genitalien, der Scheide und der Abdominalwandungen, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72, Heft 3/4) stellt das Material der Schweizerischen Unfall-Versicherungsanstalt Luzern zusammen. In 55 Prozent der Fälle handelt es sich um Schädigungen der Gravidität, eine Tatsache, die die große Gefährdung der graviden Arbeiterin deutlich zeigt. — Das Gebiet der Unfallmedizin der weiblichen Genitalien ist nach Raaflaub noch sehr wenig geklärt, insbesondere fehlt es völlig an einer zusammenfassenden Darstellung.

Hier wäre auch noch der großen gerichtlich-medizinischen Bedeutung der Verletzungen des weiblichen Genitales zu gedenken, besonders der Pfählungsverletzungen und der durch Pädophilie, Stuprum usw. hervorgerufenen Verletzungen.

Um Fragen ganz anderer Natur handelt es sich, wenn wir das Gebiet der Mißbildungen des weiblichen Genitals und deren operative Korrektur betreten. — Von einfacher Hypoplasie bzw. Infantilismus des Genitales bis zu den schwersten dysontogenetischen Störungen haben wir ein buntscheckiges Bild der verschiedenartigsten Bildungsstörungen, die uns vor oft höchst eigenartige Fragen und Aufgaben stellen. Die Frage der Heiratsfähigkeit bei Infantilismus des Genitales behandelt eingehend van de Velde im Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 13. Der Infantilismus des Genitalapparates und die bloße Hypoplasie auf Grund hormonaler Hypofunktion wird an sich kaum Gegenstand operativen Vorgehens sein. Lediglich insofern kommt diesem Zustand auch für die operative Gynäkologie eine besondere Bedeutung zu, als er imstande ist, die Prognose und damit die Indikationsstellung für einen Eingriff entscheidend zu beeinflussen. Findet man z. B. bei einer virginellen Retroflexio ausgesprochenen Infantilismus, so dürfte es von vornherein als wenig aussichtslos erscheinen, durch Operation einen Erfolg zu erzielen. — Die spitzwinklige Anteflexio — ihrerseits auch ein Ausdruck des Infantilismus — kann hingegen eher schon Objekt operativen Eingreifens sein. Ihre Beseitigung, die am besten wohl durch geeignete Verkürzung der ligamente rotunda geschieht (Alexander-Adams, Doléris, Menge usw.) bewirkt häufig ein völliges Schwinden der vorher sehr erheblichen dysmenorrhoischen Beschwerden und somit kommt ihr auch praktisch-soziale Bedeutung zu. —

Anders steht es hingegen mit ausgesprochenen Mißbildungen des Genitales. Die auf deren Beseitigung gerichteten Bestrebungen der operativen Gynäkologie kann man vom Standpunkte der individuellen Hygiene bisweilen wohl verstehen, vom Standpunkte der Eugenik hingegen kann man sie nur mit gemischten Gefühlen betrachten. — Wenn z. B. eine Frau mit Uterus duplex (septus) cum vagina septa auf Beseitigung des Vaginalseptums dringt, um ihre Kohabitationsfähigkeit und Konzeptionsfähigkeit zu verbessern, so läßt sich zwar vom Standpunkt der Geschlechtsmoral dagegen wenigstens nichts einwenden; das Hauptbedenken hierbei ist die Möglichkeit der Vererbung ähnlicher — womöglich noch viel schwerwiegenderer Hemmungsmißbildungen des Genitalapparates.

Nicht ganz rückhaltlos kann man vom Standpunkt der Eugenik zustimmen, wenn Zomakion (Zbl. f. Gyn. 1925, Nr. 36, S. 2021) auf Grund operativer Erfahrungen bei der Behandlung der vagina duplex auf den Gedanken kommt, die Verdoppelung der Scheide

künstlich bei Frauen zu erzeugen, die diese Anomalie früher nicht hatten. Er glaubt, die Bedeutung einer solchen Operation würde eine sehr große sein, da man die Frau auf beliebige Zeit vor Schwangerschaft schützen könne, ohne sie der Konzeptionsfähigkeit zu berauben. Das Problem der temporären Sterilisierung wäre also gelöst unter Erhaltung eines „normalen Geschlechtslebens". — Ob man in diesem Falle von „normalem Geschlechtsleben" zu sprechen berechtigt ist, lasse ich dahingestellt. —

Auch Haendly, Zbl. f. Gyn. 1925, Nr. 43, S. 2404, hat die Bildung einer doppelten Scheide durch quere Kolporrhaphie zur endgültigen oder temporären Sterilisierung empfohlen.

Wenn auch durch blinden Verschluß einer doppelten Scheide das Bedenken wegen der Vererbung der Mißbildung wenigstens fakultativ ausgeschaltet ist, so scheint mir noch viel schwerer zu wiegen die Tatsache, daß durch die Ermöglichung einer solchen Verbindung ein gesunder Mann seinen generativen Aufgaben entzogen wird! Aufgabe der Eheberatung wird es sein, die Aufklärung über die rassehygienische Bedeutung derartiger Verbindungen in weitere Kreise zu tragen. — Harmlos und unbedenklich erscheinen von diesem Standpunkte aus Operationen, die lediglich die Beseitigung eines Hymen septus bezwecken, da ein solcher zum schweren Kohabitations- und Geburtshindernis werden kann.

Es wäre gewiß eine lohnende Aufgabe, einmal das ganze vielgestaltige Gebiet der gynäkologischen Teratologie nach den angedeuteten Gesichtspunkten zu bearbeiten.

Eine besondere Rolle im Rahmen dieser Probleme spielen die Gynatresien. — Daß eine Haematometra operativer Beseitigung bedürftig ist, und einer solchen, die Arbeitsfähigkeit, eventuell sogar Konzeptionsfähigkeit herstellenden Operation nicht nur für das Individuum, sondern auch für die Gemeinschaft positiver Wert zukommt, kann nicht geleugnet werden. — Anders aber verhält es sich mit der Frage der Atresia vaginalis, wenn nicht gleichzeitig eine Haematometra auf das Vorhandensein tatsächlich funktionierender Ovarien hindeutet. So segensreich in einem solchen Falle auch die operative Bildung einer künstlichen Scheide für das Individuum sein kann, dem sie das Bewußtsein der Minderwertigkeit ein wenig oder völlig nehmen und der Frau zu einem becheidenen Lebensglück verhelfen kann — so vermögen wir uns doch nicht der Einsicht zu verschließen, daß derartige Eingriffe vom Standpunkt der generativen Hygiene keine reine Freude in uns erwecken können. Wir werden stets die kühnen Gedanken-

gänge, den Wagemut und das Geschick der Operateure bewundern, und ihr Verdienst vermag durch den Gedanken nicht geschmälert werden, daß die Bedeutung ihrer Operation für die Rasse weniger günstig ist als für das Individuum, natürlich bei angeborenen Atresien.

Bezüglich der Methodik dieser Eingriffe ist zu bemerken, daß die „Dickdarmmethode“ nach Schubert (Beuthen) in ihren Erfolgen der „Dünndarmmethode“ nach Baldwin-Mori-Häberlin weit überlegen zu sein scheint. Wagner (Prag) berichtet sogar über eine ausgetragene Schwangerschaft mit lebendem Kind bei einer solchen Patientin; eine andere ergriff den Beruf einer puella publica. (Deutsche Ges. f. Gyn. 1923, Heidelberg; vgl. D. m. W. 1923, S. 838.)*)

Die Probleme sozialmedizinischer, z. T. auch juristischer Art, die sich an derartige Operationen bisweilen anknüpfen, sind im übrigen hochinteressanter Natur.

So hatte vor einiger Zeit Pendl aus dem Krankenhause zu Troppau über einen Fall berichtet, in dem zufolge eines „erreur de sexe“ ein männlicher Kryptorch mit Hypospadia scrotalis, also ein Fall von „Pseudohermaphroditismus masculinus externus“ — als Mädchen erzogen war und den Beruf einer Lehrerin ergriffen hatte. Das Empfinden des Wesens war völlig weiblich. — Es verlobte sich mit einem gesunden Manne, zu dem es sich auch erotisch hingezogen fühlte. Als das Fehlen der Vagina entdeckt wurde, wurde die Bildung einer künstlichen Vagina nach Baldwin beschlossen. Gelegentlich der Ausführung einer Voroperation bemerkte man, daß überhaupt keine weiblichen inneren Genitalien vorhanden waren; dafür fand man im rechten „labium maius“ bzw. Leistenkanal einen kleinen Hoden bei Defekt der linken Keimdrüse. Pendl fand es für richtig, unter Berücksichtigung der ganzen Psyche und bisherigen Lebensrichtung diesen Hoden zu entfernen und die Vaginalplastik auszuführen. Der Erfolg war für beide Nupturienten ein in jeder Hinsicht zufriedenstellender.

An die Veröffentlichung dieses Falles schlossen sich nun verschiedene, z. T. sehr scharfe Angriffe gegen den Operateur. So schrieb z. B. Bab in der D. m. W. 1921, Nr. 7: „Ist es berechtigt,

---

*** Nachtrag bei der Korrektur:** Inzwischen hat die ersterwähnte Patientin, wie Wagner auf der Tagung der Südostdeutschen Ges. für Geb. und Gyn. 11. Dezember 1926 mitteilte, noch zwei Kinder geboren. Wagner wollte den Namen dieser tapferen Frau der Literatur übergeben und überreichte das Bild, das Frau Paula Hübel aus M.-Trübau im Kreise ihrer Kinder darstellt, dem verdienstvollen Schöpfer des Operationsverfahrens, Schubert.



an einem männlichen Individuum eine künstliche Scheide operativ zu bilden?"

Bab faßt das Tatsächliche dahin zusammen: „Ein pseudohermaphroditischer, irrtümlich als Mädchen erzogener Mann, wird durch Kastration zum Eunuchen gemacht. Kurz darauf wird durch Bildung einer künstlichen Vagina ihm die äußerliche mechanische Möglichkeit zum weiblichen (also perversen!) Sexualverkehr mit Männern gegeben." —

Zu den vielfachen juristischen Bedenken, die Bab anführt, treten medizinische. Nach Bab hätte in diesem Fall der Versuch gemacht werden müssen, das Individuum durch Hodentransplantation zu masculinisieren oder aber es nach der Kastration durch Ovarieneinpflanzung zu feminisieren. Auf keinen Fall hätte man es zum Eunuchen machen und einem solchen die künstliche Vagina bilden dürfen.

Theoretisch wird man ja die Einwände von Bab ohne weiteres als richtig anerkennen müssen. Ob sie aber im vorliegenden Falle das Richtige treffen und seine Vorwürfe gegen den Operateur nicht weit über das berechtigte Maß hinausgehen, lasse ich dahingestellt. Die Alternative, das Individuum zu maskulinisieren und die Änderung im Personenstandsregister zu beantragen, erscheint nach den Umständen dieses Falles grausam. Humaner und richtiger war die Befolgung der anderen Alternative. Gruß, D. m. W. 1921, S. 509, schließt sich dieser an. Man darf jedoch nicht außer Acht lassen, daß es ja doch in der Praxis nicht so leicht ist, sich das erforderliche Material zur Ovarientransplantation zu beschaffen. Außerdem ist das Schicksal eines solchen Transplantates auch ungewiß! —

Von der erfolgreichen Korrektur eines „Erreur de sexe" berichteten kürzlich im Zbl. f. Gyn 1925 Hoepke und v. Oettingen (Zur Frage des Pseudohermaphroditismus). In diesem Falle handelte es sich aber um eine fälschlich als Weib registrierte Person, bei der auch der ganze Charakter und das Triebleben die dem wirklichen Geschlecht entsprechende männliche Richtung hatte, während der äußerliche anatomische Befund dem des Falles von Pendl annähernd entsprach. In diesem Falle konnte daher die Änderung des standesamtlichen Registers ohne jede Härte zur vollsten Zufriedenheit des Betroffenen erfolgen.

Vgl. auch den von Küstner, Lehrb. S. 55/56, erwähnten Fall Homann: „So lebte Homann und kohabitierte zuerst als Katharina Homann, als Weib, später mit mehr Genuß und mit Erfolg als Karl Homann, als Mann."

Ferner v. Winkel, S. 135: „Auch ist es wiederholt vorgekommen, daß ein Zwitter mit einem Manne verheiratet wurde und ferner konstatiert wurde, daß derselbe sich später als Mann verheiratet hat, nachdem er in der ersten Ehe die Rolle der Frau übernommen hatte (Magitot)“ — „weiterer Beispiele bedarf es nicht, um zu beweisen, daß eine Verheiratung vor dem Eintritt der Menses ohne eine vorgängige genaue Untersuchung nicht gestattet sein sollte“.

In dieser Forderung werden wir v. Winkel unbedingt beitreten. Grundsätzliche Forderung der Eheberatung muß verbunden werden mit obligatorischer Untersuchung des Genitales, wenn die Nupturientin noch nicht menstruiert ist! Wäre dies gesetzlich festgelegt, so ließe sich manche schwere „Eheirrung“ verhüten. —

Daß im übrigen in solchen Fällen ein Eheanfechtungsgrund nach § 1333 BGB. vorliegt, bedarf keiner besonderen Begründung.

Es muß in diesem Zusammenhange daran erinnert werden, daß unser Bürgerliches Gesetzbuch keine sexuellen Zwischenstufen kennt. Es geht also von der Anschauung aus, daß jeder Mensch doch schließlich einem Geschlecht angehören muß. Dies ist insofern richtig, als wahrer Hermaphroditismus, also bei gleichzeitig funktionierenden bisexuellen Keimdrüsen (Ovotestis) ein extrem seltenes Ereignis sein dürfte. Ob absolut einwandfreie Fälle überhaupt existieren, entzieht sich meiner Kenntnis. — Ob der Standpunkt des BGB. allen Fällen des tatsächlichen Lebens gerecht wird, wird von verschiedenen Seiten bezweifelt.

Es weicht nicht wesentlich von dem des allgemeinen Landrechts von 1796 und des römischen Rechts ab, das bei Zwittern stets das Geschlecht als das maßgebende betrachtet, welches überwiegt*.

Ob es nun richtig ist, hierbei lediglich auf das Vorhandensein von Ovarien und Hoden abzustellen, oder mehr auf die Gesamtpersönlichkeit mit ihren körperlichen und seelischen Wesenszügen, mögen Berufenere entscheiden. Im ersteren Falle ist wenigstens ein festes Kriterium vorhanden, — im zweiten Falle mögen vielleicht Härten vermieden werden, aber es sind völlig verschwommene und unfruchtbare Gesichtspunkte, nach denen die so verantwortliche Entscheidung zu treffen ist; sie käme in letzterem Falle auf eine Begünstigung der Perversität heraus.

Schließlich müssen gewisse Härten des Gesetzes in Kauf ge-

* Digesten 1, 5, 10.:
Ulpianus libro I. ad Sabinum. — „Quaeritur, Hermaphroditum cui comparamus? Et magis puto eius sexus aestimandum, qui in eo praevalet.“



nommen werden, da die Gesetze sich doch nach den Normalfällen des Lebens zu richten haben und nicht nach den erdenklichsten Aberrationen.

Eigenartige Fragen knüpfen sich auch an die von Voronoff besonders in Aufnahme gebrachte Ovarialüberpflanzung an. Unter dem Titel „Von zwei Müttern geboren" berichtet die Allg. deutsche Hebammenzeitung 1926 Nr. 11 S. 165, daß eine weiße Frau, der ein Negerovar implantiert war, ein Mulattenkind geboren haben soll. (?) — Es möge die berichtete Tatsache zunächst als wahr unterstellt werden. Es ergibt sich dann das eigenartige Problem, daß die Mutter im juristischen Sinne nicht identisch ist mit der Mutter im biologischen Sinne. Kann man von zwei Müttern geboren sein? („bimater"). — Praktische Gründe geben den Ausschlag zur Auffassung, daß als Mutter anzusehen ist, die das Kind ausgetragen und geboren hat. Analog dem alten Rechtsspruche „pater est, quem nuptiae demonstrant" würde dann der Satz aufzustellen sein „mater est, quam partus demonstrat". Der alte Satz: „mater semper certa est, pater incertus" hätte keine Geltung mehr. —

Vorläufig darf man aber diese Fragestellung wohl zum mindesten als verfrüht bezeichnen, denn selbst wenn die Tatsache als solche richtig ist, so sind die daraus gezogenen Schlüsse voreilig. Vielmehr ist zunächst nur der Schluß zulässig, daß der implantierte Eierstock eine starke hormonale Wirkung auf die Frucht entfaltet („induziert") hat. Es müßte denn der exakte Beweis erbracht sein, daß das befruchtete Ei tatsächlich dem implantierten Eierstock zugehörig war.

Eine Aufgabe der Rechtspolitik wird es sein, bei einer späteren Gesetzesreform die Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung sinngemäß zu verwerten. Daß hierzu nur ganz sicher feststehende Ergebnisse brauchbar sind, bedarf keines Wortes.

Interessante Probleme in sozialer und rechtlicher Beziehung eröffnen die kosmetischen Operationen, also solche, die sowohl der Beseitigung einer ausgesprochenen Entstellung als auch der bloßen „Verschönerung" dienen. Wie ich in meiner Arbeit „Ärztliche Eingriffe und Strafrechtsreform" ausgeführt habe, ist es nach herrschender Ansicht in erster Linie der Heilzweck, der neben der Einwilligung dem objektiv rechtswidrigen Eingriff die Rechtswidrigkeit nimmt; dieser Begriff des „Heilzweckes" entspricht nahezu genau dem der medizinischen Indikation. Nun war es lange Zeit umstritten, ob man auch bei rein kosmetischen Eingriffen das Vorliegen eines Heilzweckes, mithin den Ausschluß der Rechtswidrigkeit annehmen darf. Diese Frage ist jetzt nahezu allgemein in bejahendem Sinne entschieden. Man erblickt ja mit Recht in einer körperlichen Entstellung eine erhebliche Erschwerung des Fortkommens, also eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit (vgl. auch bei Körperverletzung!) — somit haben die Eingriffe zu kosmetischen Zwecken ihre sittliche und rechtliche Rechtfertigung, zudem häufig eine hohe soziale Bedeutung. Freilich wird auch hier unterschieden werden müssen; die Ausartung zur Modetorheit, wie

sie die „Verschönerungs-Chirurgie“ in Amerika jetzt erkennen läßt, vermögen wir keinesfalls zu billigen. — In der Gynäkologie kommen von „kosmetischen“ Operationen vor allen Dingen Plastiken zur Beseitigung von Hängebrust und Hängebauch in Betracht (vgl. Küster, Operationen bei Hängebrust und Hängeleib. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 73, 1926, H. 5/6).

Es wäre aber verfehlt, diesen Operationen eine lediglich kosmetische Bedeutung zuzuschreiben. Vielmehr dienen sie auch der Beseitigung oft recht erheblicher subjektiver Beschwerden und sehr hochgradiger Beschränkung der Erwerbsfähigkeit. Soweit hier konstitutionelle Momente mitsprechen, dürfte freilich die Prognose dieser Operationen nicht sehr gut sein bezüglich eines Dauererfolges. Außerdem sind die Eingriffe bei Hängebauch nicht einmal ganz ungefährlich.

Nicht bloß kosmetischen Charakter tragen die plastischen Operationen bei Hohlwarzen und ähnlichen, das Stillen beeinflußenden Zuständen. Diese haben vielmehr außerordentliche sozialhygienische Bedeutung im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Stillfähigkeit und Säuglingssterblichkeit.

Eine sehr zweckmäßige Methode ist von Sellheim, Zbl. f. Gyn. 1917, Nr. 13, beschrieben, vgl. Veits Handbuch d. Gynäkologie, 3. Aufl., 2. Bd. S. 19.

Eine eigenartige „soziale Indikation“ für die Schnittführung bei gynäkologischen Laparatomien vertritt Mansfeld (Der subkutane hohe Faszienquerschnitt, Zbl. 1926, Nr. 27, S. 1701). M. erwähnt, daß sein Material vorwiegend aus Prostituierten besteht; daher glaubt er sich zu einer m. E. zu hohen Bewertung „kosmetischer“ Gesichtspunkte bei der Schnittführung berechtigt, die z. T. mit chirurgischen Prinzipien (Vermeidung von Taschenbildung!) in Kollision kommt, lediglich um die Narbe „ins Unsichtbare“, d. h. den Mons veneris zu verlegen und auf diese Weise eine gewerbliche Schädigung seiner Patientinnen zu verhüten.

Wir wollen in diesem Zusammenhange noch die Frage kurz streifen, ob der vaginale bzw. abdominale Operationsweg in der Gynäkologie uns vom Standpunkte unserer sozialhygienischen Betrachtungsweise als der zweckmäßigere erscheint.

Es dürfte vielleicht für den ersten Moment einiges Erstaunen hervorrufen, ein anscheinend ausschließlich der Operationslehre angehöriges Problem in diesem Zusammenhange zu berühren. Es kann aber gerade auch an dieser Frage gezeigt werden, wie selbst

in solchen Fällen Beziehungen aufgedeckt werden können, die weit über das Interesse der Individualmedizin hinausgreifen. —

Das, worum es sich für uns in erster Linie handelt, ist die rasche Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und die größtmögliche Schonung der Konzeptionsfähigkeit. Die einzelnen Schulen der gynäkologischen Operationslehre beantworten die Frage verschieden nach ihrer spezifischen Tradition. Wo vorwiegend Abdominalchirurgie betrieben wird unter dem Gesichtspunkte der freieren Übersicht, des „saubereren chirurgischen Vorgehens", wird natürlich dieser Weg besser beherrscht werden als der vaginale und bessere Erfolge zeitigen, als letzterer, dem man „blindes Herumwühlen im Dunkeln" zum Vorwurf macht. — Wo hingegen die vaginale Technik sorgfältig gepflegt wird, kann auch sie zu solcher Höhe entwickelt werden, daß man es verstehen kann, wenn ihre Anhänger behaupten, die Gegner der vaginalen Operation beherrschten eben nicht die feine Technik derselben. Diese Streitfragen und andere der gleichen Art können uns hier natürlich nicht interessieren. Wir müssen vielmehr die Frage so stellen: Was leisten beide Verfahren mit Rücksicht auf die Krankheitsdauer und die vollständige Wiederherstellung von Gesundheit und Arbeitskraft, und besonders auf die Erhaltung der Fortpflanzungsfähigkeit? Und in dieser Beziehung scheint in der Tat manches für die vaginalen Operationen zu sprechen, schon durch den geringeren Shok und die bisweilen erstaunlich rasche Erholungsfähigkeit der Operierten. —

Bei dieser Gelegenheit möchte ich nicht unerwähnt lassen, daß bevölkerungspolitische Gesichtspunkte uns gerade in der operativen Gynäkologie stets leiten sollen, natürlich so weit, als sie mit dem Wohle der Frau selbst verträglich sind.

Diese Forderung wurde m. W. zum ersten Male erhoben von Max Hirsch, vgl. S. 202 seiner Monographie. Hirsch fordert dort, es müsse gelegentlich gynäkologischer Laparatomien die Sterilisierung vorgenommen werden, wo es aus eugenischen Gründen erforderlich erscheint und überhaupt eugenischen Erwägungen in der operativen Gynäkologie das gebührende Gewicht zugemessen werden.

Gegenwärtig erscheint es mir noch wichtiger, bevölkerungspolitische Erwägungen im Sinne der Erhaltung der Fruchtbarkeit mitsprechen zu lassen, da die Frage der Erhaltung des Volksbestandes die nach bester qualitativer Auslese augenblicklich an Dringlichkeit noch zu überragen scheint. Ich stimme Grot-

jahn zu in der Auffassung, daß zunächst die Erhaltung und die Zukunft unseres Bestandes als Volk gesichert sein muß, ehe wir qualitative Eugenik betreiben können. Aus diesem Grunde möchte ich neben die Forderung von Hirsch als die gegenwärtige dringlichere die stellen, bei allen gynäkologischen Operationen nach Möglichkeit auf die Erhaltung der Fortpflanzungsfähigkeit Rücksicht zu nehmen.

Sie wird uns gewissermaßen zu „konservativen Operationen" (Asch) leiten, bei denen der Operateur stets auf die größtmöglichste Erhaltung der Fortpflanzungsfähigkeit und des Fortpflanzungswillens bedacht ist. — Als Beispiel dafür, wie weit solch konservatives Operieren von generativem Erfolg gekrönt sein kann, möchte ich einen Fall von doppelseitiger Ovariotomie erwähnen, in dem eine Gravidität nach der Operation eintrat und ausgetragen wurde. (Gawlizcek, Gravidität nach beiderseitiger Ovariotomie. Aus der Privatklinik von Prof. Dr. L. Fraenkel, Inaug.-Diss., Breslau 1926.)

Dem radikalen Operationseifer mancher Operateure, der auf einer Überbewertung des technischen Könnens beruht, muß stets entgegengehalten werden, daß die größere Kunst des Arztes oft darin beruht, den Erfolg durch konservative Maßnahmen zu erzielen. Vgl. Benthin, Der Wert der konservativen Therapie in der Gynäkologie, Med. Kl. 1926, Nr. 11, S. 401—404.

Je sorgsamer die Operateure abwägen, desto größer wird stets das Vertrauen der Frauenwelt sein, und es wird leichter ein Schritt näher zur Erreichung des Zieles getan: Im Interesse der Wahrung der Volkskraft so früh wie möglich die Frauen zu den wirklich notwendigen Eingriffen zu gewinnen und unbegründete Operationsfurcht zu überwinden.

Der bloße Hinweis auf die moderne Asepsis und die relative Ungefährlichkeit eines Eingriffes kann allein nie eine Operation rechtfertigen. Es muß daher auch die Indikation der Probelaparatomie streng innegehalten werden; man sollte wenigstens versuchen, sich der idealen Forderung von Küstner zu nähern (S. 575), daß sie „der letzte Schritt auf dem Gebiete der Diagnose, zugleich aber der erste auf dem Gebiete der Therapie sein soll". —

Ich übergehe hier die Fragen der operativen Kastration und Sterilisierung, da uns diese in anderem Zusammenhange ausführlich zu beschäftigen haben. Wir haben es hierbei jedenfalls mit sozialen Problemen κατ' ἐξοχήν zu tun, deren Bedeutung es recht-

fertigt, sie aus dem Rahmen der übrigen Fragen der operativen Gynäkologie herauszunehmen. —

Auch die Genitaltuberkulose des Weibes vermögen wir hier nicht mit der Ausführlichkeit zu behandeln, die ihrer sozialen Bedeutung angemessen wäre. Wir müssen uns nur noch darauf beschränken, kurze Andeutungen zu geben.

Es sei hier verwiesen auf die Arbeit von v. Franqué, Pathologie und Therapie der Genitaltuberkulose des Weibes. Tuberkulose und Schwangerschaft im XIV. Band, Heft 1, der Würzburger Abhandlungen (C. Kabitzsch) 1913. — Auch auf diesem Gebiete liegen ja zahlreiche Fragen von enormer Bedeutung sozusagen in der Luft; ich will nur wenige davon andeuten. So z. B. die Frage der „spermatogenen Infektion". — Die Bedeutung der Genitaltuberkulose des Weibes nicht nur für die Fortpflanzung, sondern auch für die Gefährdung der Umgebung wird von Küstner S. 474 gewürdigt. Eine bedeutsame Frage ist auch die der Operation. Von der Anschauung ausgehend, daß es sich bei der Genitaltuberkulose des Weibes nur um eine Lokalisation eines Allgemeinprozesses handelt, sind zurzeit die meisten Gynäkologen zur Ablehnung der Operation gekommen, zumal deren Erfolge wenig günstig waren. Trotzdem dürfte die Frage gestattet sein, ob man nicht wenigstens bei ausgesprochen lokalen Prozessen, z. B. tuberkulöser Sacto- bzw. Pyosalpinx gut daran täte, den Herd aus dem Körper zu eliminieren. — Ich glaube, daß auch hier einer der Fälle vorliegen dürfte, in denen die wohlerwogene Rücksichtnahme auf alle sozialen Momente gelegentlich auf den richtigen Weg leiten kann.

Interessant ist die hier zu erwähnende Indikation zur Uterusexstirpation bei Lungentuberkulose, die Sellheim (Geheimnis vom Ewig-Weiblichen, S. 355) anführt:

„Weniger anerkannt und empfehlenswert — wenn auch folgerichtig — ist der Gedanke, durch Herausnahme des Fruchthalters den Zwang zu monatlich wiederholtem Blutersatz zu vermeiden und den dadurch freiwerdenden Kräfteüberschuß der Ausheilung der Tuberkulose zugute kommen zu lassen."

Wir werden wohl gut daran tun, dieser Indikation gegenüber Vorsicht und Skepsis walten zu lassen.

Nach der gegenwärtigen Anerkennung vieler Forscher scheint es ja auch für das Karzinom zuzutreffen, daß es sich selbst beim Primärtumor lediglich um einen lokalen Ausdruck einer All-



gemeinerkrankung handelt; trotzdem gilt noch unbestritten die Forderung: Alle operablen Karziome unbedingt zu operieren! Daran hat auch die Strahlentherapie und die „spezifische" Behandlung der malignen Tumoren nichts geändert. —

Ich möchte bei dieser Gelegenheit auf die ungeheure sozialhygienische Aufklärungsarbeit hinweisen, die der Kampf gegen das Karzinom gezeitigt hat. So hat Winter zuerst die Belehrung von Publikum, Hebammen und Ärzten für die Provinzen Ost- und Westpreußen von Königsberg aus systematisch organisiert. Winters Beispiel hat vielfach Nachahmung gefunden. Man vergleiche z. B. die bei Döderlein-Krönig, S. 668 ff., abgedruckten Aufrufe der Fränkischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, die sich in eindringlichen Worten an die Ärzte, wie auch an die Hebammen und das Publikum wenden.

Man kann es da eigentlich nicht ganz verstehen, daß es auch heute noch — und nicht bloß in entlegenen Dörfern — Ärzte gibt, die einer Frau in vorgerückteren Jahren, die über Blutungen klagt, ohne innere Untersuchung styptische Tropfen verordnen! Derartige Vorkommnisse müßten als Kunstfehler in besonders schwerwiegenden und verantwortungsreichen Fällen von Amts wegen von den ärztlichen Ehrengerichten verfolgt werden, da sie einen groben Verstoß gegen die Standespflicht der gewissenhaften Berufsausübung darstellen, — unbeschadet der zivil- und strafrechtlichen Verfolgung durch die ordentlichen Gerichte.

Es bedarf hier noch ein Punkt der Erwähnung. Ich bin mir zwar bewußt, hier Widerspruch hervorzurufen, aber m. E. erfordert die Wahrheitsliebe und das soziale Pflichtgefühl, daß auch dies in Kauf genommen wird. — Von autorativer Seite wird übereinstimmend berichtet, wie schlecht die Ergebnisse der Wertheimschen erweiterten abdominalen Totalexstirpation sind, seit diese Operation auch an kleinen und mittleren Krankenhäusern von ungenügend geschulten Fachleuten vorgenommen wird — meist unter völliger Verkennung des Wesens der Wertheimschen Operation. Gewöhnlich sind Rezidive bedingt durch völlig ungenügende Entfernung der Parametrien und der Iliacal- bzw. Lumbaldrüsen. Die schlechten Ergebnisse der Rezidivstatistik bei „draußen" ausgeführten Wertheim-Operationen sollten doch zu denken geben und zur Umkehr mahnen; daß es nicht darauf ankommt, draußen die schwierigsten Operationen, um Ruhm und Gewinn zu ernten, selbst auszuführen, sondern sie ruhig nur den ganz großen

Krankenhäusern, am besten den Universitätskliniken, zu überlassen: salus aegroti suprema lex! —

Bei der Bekämpfung des Gebärmutterkrebses, wie auch des Brustkrebses der Frau, haben wir in der Aufklärungsarbeit viel Gelegenheit, zur Prophylaxe beizutragen. — Es sei nur an die wohlbegründete Ansicht erinnert, daß Konzeption und Schwangerschaft einen Schutz gegen das Ca hinterlassen. — Weibel kämpft zwar (Gravidität und Ca colli uteri, Wiener kl. Wochenschrift 1925, Nr. 38) gegen diese These, zu deren Stützung Peller statistisches Material beigebracht hat.

In einer Inaug.-Dissertation von Fritz Frank, „Statistische Untersuchungen über Uteruskarzinom und vorangegangene Geburtenzahl (an der Hand des Krebsmaterials der letzten vier Jahre der Breslauer Universitäts-Frauenklinik)“, Breslau 1925, ist freilich auch eine relativ geringe Zahl von Nulliparae festgestellt — 9,5 Prozent bei Corpus-, 3,1 Prozent bei Collum-Karzinomen. Die Feststellungen des Abteilungsleiters im englischen Gesundheitsamt, George Newman, scheinen jedoch sehr für die These von der „Mutterschaft als Schutz gegen Krebs“ zu sprechen. Vgl. Allg. Deutsche Hebammenzeitung 1926, Nr. 8, S. 120.

Zur Krebsprophylaxe würde es wesentlich beitragen, wenn die Forderung von Sellheim erfüllt würde, daß die Frauen, zum mindesten in den Wechseljahren, sich regelmäßigen Kontrolluntersuchungen unterziehen sollen. (Vgl. Hygiene und Diätetik, S. 121 und 125.) Auch die Eintragung der Blutungen in einen Blutungskalender ist von großer Bedeutung.

Zum Schluß noch einige kurze Betrachtungen zum Kapitel der Strahlentherapie. Deren Bedeutung für die Behandlung der inoperablen Tumoren steht ja außerhalb jeder Erörterung. Besonders weisen auf die Bedeutung der Bestrahlung für das Operabelwerden inoperabler Tumoren hin: L. Fraenkel, Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 14; Heimann, Anteoperative Röntgenbestrahlung des Uteruskarzinoms und ihre Tiefenwirkung, Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 30, S. 1945. Darauf beruht auch ihre hohe Bedeutung für die soziale Gynäkologie. — Wenn ich hier zur Strahlentherapie überhaupt einige Bemerkungen mache, so geschieht dies vorwiegend im Hinblick auf die „Reizbestrahlung der Ovarien“ und ihre Verwendung zur ovariellen temporären Sterilisierung (Naujoks). — Es scheint mir, als ob nicht mit Unrecht gegen gewisse Übertreibungen auch auf diesem für die generative Hygiene so wichtigen Gebiete

ernste Bedenken von berufener Seite geltend gemacht worden wären. So hat Sellheim an einer Stelle, die mir nicht mehr gewärtig ist, davon gesprochen, der Eierstock werde durch die Bestrahlung „verröntgt", das heißt, seine Funktion wird nicht schlechthin ausgeschaltet, sondern fehlerhaft zur Dysfunktion gemacht.

Als erster hat Max Hirsch auf die schweren Gefahren der Reizbestrahlung aufmerksam gemacht. („Röntgenstrahlen und Eugenetik", Zbl. f. Gyn. 1924, Nr. 32.)

Eine Arbeit von A. Hirsch* bringt einen sehr beachtenswerten Beitrag zu diesem Problem, der die Auffassung Sellheims voll bestätigt. Die hohe Sensibilität der Ovarien, der irreparable Charakter der Schädigungen der Primordialfollikel: die Unmöglichkeit, trotz des „Arndt-Schulzschen Gesetzes" eine einigermaßen individuell adäquate Dosierung zu finden, erhöhte Neigung zum Abort, Gefahr der Schädigung der ausgetragenen Frucht, lassen nach Hirsch die Bedenken vom eugenetischen Standpunkt besonders groß erscheinen. Weit vorsichtiger drückt sich Geller** aus, der aber auch zu dem Ergebnis kommt, daß vor leichtfertiger Anwendung der Röntgenbestrahlung der Ovarien gewarnt werden muß.

Vgl. auch Geller, Zbl. f. Gyn. 1925/19. („Kritische Bemerkungen zur sogenannten Eierstockreizbestrahlung".) Ferner:

Flory, Ein Fall von Schwangerschaft bei bestehender Amenorrhoe. Zugleich ein Beitrag zu: Schwangerschaft nach Röntgenbestrahlung (temporäre Sterilisation). Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 24, S. 1591. (Geburt ohne Schädigung des Kindes?)

Geller, Die Ergebnisse der experimentellen Eierstocksbestrahlung. In: Ergebnisse der medizinischen Strahlenforschung, Bd. II, 1926, G. Thieme.

An dieser Stelle sei auch ein Hinweis gestattet auf die Zunahme der schweren Röntgenschädigungen infolge der Vornahme der „Therapie" durch unzulänglich vorgebildete Kräfte. Auch auf diesem Gebiete sollte doch Selbsterkenntnis die Einsicht in die Grenzen des eigenen Könnens fördern — die „wilde Röntgen-

* Hirsch, A., Zur Frage der Röntgenbiologie der Ovarien, besonders in generativer und eugenetischer Hinsicht. (Reizbestrahlung, temporäre Sterilisation.) Arch. für Frauenkunde und Konstitutionsforschung. Bd. XI, H. 3/4 1925. — Vergl. auch: Hirsch, M., Röntgenstrahlen und Eugenetik. Zbl. für Gyn. 1914 Nr. 32. — Ferner: Greil, Veto gegen die temporäre ovarielle Sterilisierung. Zbl. für Gyn. 1925 S. 862. — Schönholz, Das Problem der temporären Strahlenkastration der Frau. M. m. W. 1925/22. — Zappert, Hat eine Strahlenbehandlung der graviden Mutter einen schädlichen Einfluß auf das Kind? W. kl. W. 1925/24. — Schmidt, Ist mit einer Schädigung der Nachkommenschaft infolge einer vor der Befruchtung erfolgten Keimdrüsenbestrahlung der Mutter zu rechnen? Strahlentherapie Bd. XVIII, H. 2 1924. — Fraenkel, M., Sellheims Geschlechtsbestimmung und die Bewertung seiner Experimente für die Röntgenstrahlenerfahrungen. D. m. W. 1925 Nr. 27.

** Über die Wirkung schwacher Eierstockbestrahlung auf Grund tierexperimenteller Untersuchungen. „Strahlentherapie" Bd. XIX 1925.



therapie“ müßte endlich verschwinden und das gesamte Gebiet der Strahlenterapie den wirklichen Fachleuten überlassen werden. Der Praktiker findet ja in der Diagnostik ein genügend großes, dankbares Feld der Betätigung. Nichtinnehalten der gebotenen Grenzen bringt gerade hier die große Gefahr mit sich, daß diese Materie zum Schaden der ärztlichen Berufsfreiheit „gesetzlich geregelt“ wird — vgl. die diesbezüglichen Ausführungen in den „Ärztlichen Mitteilungen“ 1926 — wie es ja der Fachverband der Röntgenärzte Deutschlands anstrebt, der die Anwendung des Röntgenapparates überhaupt untersagt wissen will, wo der Nachweis einer zwei- bis dreijährigen Röntgenfachausbildung fehlt. Es wäre sehr bedauerlich, wenn ein derartiges Gesetz zustande käme — um es aber zu verhüten, daß die Berufsfreiheit des Ärztestandes in so unerträglicher Weise eingeengt wird, ist es auch erforderlich, daß die Ärzteschaft sich selbst die nötigen Schranken auferlegt, die gesetzliche Beschränkungen überflüssig machen, und sich der Berufsfreiheit würdig erweist.

Die rechtliche und gerichtlich-medizinische Seite der Röntgenschädigungen sei hier nur kurz gestreift. Es sei hier nur ein Werk von Kirchberg erwähnt: „Die rechtliche Beurteilung der Röntgen- und Radium-Schädigungen“, Hamburg 1914; es dürfte allerdings durch neuere Arbeiten schon wieder überholt sein. — Jedenfalls ist die zivil- und strafrechtliche Haftung des Arztes ein sehr unangenehmes Kapitel. (Vgl. § 823 ff. BGB., 223 ff. StGB.)

Auch für Hilfspersonal haftet man bekanntlich auf Grund der Haftung für den „Erfüllungsgehilfen“ nach § 278 BGB.; evtl. wegen „unerlaubter Handlung“ nach § 831 BGB.

Kurz zu erwähnen wäre hier noch die Sterilität als berufliche Röntgenschädigung. (Krankenschwestern, Ärztinnen.) Bei dem heutigen Stand der Technik sind solche Schädigungen leichter als früher zu verhüten, daher kommt ihnen an Häufigkeit erhebliche sozialgynäkologische Bedeutung nicht mehr zu. Die Berufsschädigung der Röntgengehilfinnen behandelt Max Hirsch eingehend S. 136 ff. des Leitfadens der Berufskrankheiten der Frau. Er kommt zu dem Ergebnis, daß diese Schädigungen doch recht häufig und sehr schwerwiegend sind. Leider scheint die Erfahrung zu bestätigen, daß von den Schutzeinrichtungen bei der Berufsarbeit infolge allmählich eintretender Sorglosigkeit nicht genügend Gebrauch gemacht wird, wie dies ja auch bei den gewerblichen Unfallschutzeinrichtungen häufig genug beobachtet werden kann. — Trotzdem halte ich die völlige Ausschaltung der Gefahr gerade bei

dieser Berufstätigkeit für technisch durchaus möglich. Hingegen spielen die Röntgenschädigungen bestrahlter Patienten eine leider immer noch größer werdende Rolle.

Besonders der Gynäkologe darf nie vergessen, daß seine Kunstfehler wegen der Gefährdung der Fortpflanzungsfähigkeit leicht die strengere Bestrafung nach § 224 StGB. nach sich ziehen, der in solchen Fällen selbst die Zuchthausstrafe vorsieht. Er wird daher stets eingedenk bleiben müssen des Ausspruches von van Calker (Frauenheilkunde und Strafrecht, 1907), „Man sieht, es sind recht ernste Worte, die dem Arzt hier aus dem Strafgesetzbuch entgegenschallen".

In den verschiedensten Richtungen der gynäkologischen Wissenschaft haben wir unsere Streifzüge unternommen. Wir sind weit entfernt zu glauben, auch nur annähernd den gesamten Gehalt an sozialen Problemen erschöpft zu haben. Nur einige Beispiele sind herausgegriffen worden. Ihr Zweck ist, Anregung zu geben, die hier gepflogene Betrachtungsweise allmählich systematisch über das ganze Gebiet der wissenschaftlichen Gynäkologie auszugestalten.

Ich bin fest überzeugt, daß auf diesem Wege noch mancher fruchtbringende Gedanke Bereicherung sowohl der Frauenkunde, wie auch der sozialhygienischen Forschung bringen wird.

Kapitel II.

Soziale Probleme in der theoretischen und praktischen Geburtshilfe. (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.)

Nicht minder bedeutungsvoll als in der praktischen Gynäkologie treten uns soziale Aufgaben und Probleme auf dem Gebiete der Geburtshilfe entgegen. Auch hier ist ihre Zahl so groß, daß nur einige wenige als Paradigmata herausgegriffen und behandelt werden können; auch hier gewinnen alle Fragen bei einigem Studium dermaßen an Breite und Tiefe, daß es nicht möglich ist, ihren Inhalt auszuschöpfen; wir werden also auch hier in einer Beschränkung auf die Hauptpunkte die einzige Möglichkeit einer zusammenfassenden Darstellung erblicken. Die Forschung steht zahllosen Einzelaufgaben gegenüber, deren jede ihren Bearbeiter vollauf beschäftigen wird.

Die Aufgabe des vorliegenden Kapitels ist es, zunächst die Fragen zu behandeln, die bei der Ausübung der geburtshilflichen Praxis von sozialhygienischer Bedeutung sind.

Getrennt von ihnen erfordern in einem besonderen Kapitel Behandlung die Fragen von mehr öffentlich-organisatorischem Charakter, wie z. B. die Bedeutung der geburtshilflichen Ausbildung der Ärzte, des Hebammenwesens, der wünschenswerten Organisation der Geburtshilfe usw. — Natürlich gehen auch hier viele Fragen so durcheinander, daß eine absolute Scheidung sich nicht durchführen läßt und Wiederholungen gleicher Themen, unter jeweils verschiedenen Gesichtspunkten, sich nicht völlig vermeiden lassen werden.

Für die sozialbiologischen Fragen der Schwangerschaft ist außer dem Werke von Halban-Seitz, das besondere Erwähnung bei den einschlägigen Fragen nicht erst findet, weil dies als selbstverständlich vorausgesetzt wird, von Bedeutung:

Hüssy, Die Schwangerschaft in ihren Beziehungen zu anderen Gebieten der Medizin und ihre biologischen Probleme. Stuttgart, F. Enke 1923.

Wir haben uns zunächst mit der Frage der Schwangerschaftsdiagnose zu befassen. — Da deren Schwierigkeiten dem Laien unverständlich sind, andererseits aber in vielen Fällen eine möglichst frühe Diagnose erwünscht ist, liegt es auf der Hand, daß das Streben der Forschung schon seit langem darauf gerichtet sein mußte, das unbefriedigende Verhältnis zwischen sicheren und unsicheren Schwangerschaftszeichen in einem für die ärztliche Wissenschaft ehrenvolleren Maße zu bessern. Es ist ja in der Tat beschämend, daß der praktische Arzt heutzutage auf Symptome angewiesen ist, die es ihm erst dann ermöglichen, eine Schwangerschaft sicher zu erkennen, wenn dies bereits der Schwangeren auch ohne seine Hilfe möglich ist. — Daß selbst da noch in exceptionellen Fällen von eingebildeter Schwangerschaft Irrtümer vorkommen können (vgl. den Fall der Königin Draga von Serbien), gereicht der Wissenschaft nicht zum Ruhme!

Mit Recht hat daher bereits van Swieten den Satz geprägt:

„Nunquam fere magis periclitatur fama medici, quam ubi agitur de graviditate determinanda“.

Es handelt sich aber hier um mehr als den Ruf der ärztlichen Wissenschaft in Augen von Laien; deren Urteil wäre schließlich noch zu ertragen, wenn man vor seinem eigenen wissenschaftlichen Gewissen bestehen kann. — Die Frage hat jedoch bisweilen höchste Bedeutung sowohl für die Schwangere als Persönlichkeit als auch für die soziale Hygiene. Es muß daher unablässig daran gearbeitet werden, sie einer befriedigenderen Lösung zuzuführen.

Über die forensische Bedeutung der Schwangerschaftsdiagnose vgl.
Fritsch, Gerichtsärztliche Geburtshilfe,
S. 157: Simulierte Schwangerschaft;
S. 159: Dissimulierte Schwangerschaft.

Es ist hier zunächst einer Fülle von Einzelbeobachtungen zu gedenken, die sich zerstreut in den verschiedensten Arbeiten befinden. Aufgabe der Forschung ist es hier, sichtend zu prüfen, das Wertvolle vom Wertlosen und das Allgemeingültige vom interessanten Einzelfalle zu scheiden.

Ich erwähne hier nur beispielsweise einige Arbeiten:

„Ischias als Frühsymptom der Gravidität“ (Blaschke, Inaug.-Diss., Breslau 1925) wird behandelt an Hand einiger Sonderfälle in einer Dissertation aus der Breslauer Frauenklinik. Eindeutigkeit und Allgemeingültigkeit wird man diesem Symptom kaum zusprechen können. Es wird also höchstens gelegentlich im Zweifelsfalle unterstützenden (subsidiären) Wert haben können. —

Gauss, bespricht im Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 14, S. 75 ff. („Über ein wahrscheinliches Schwangerschaftszeichen“) das Symptom der „isthmalen Beweglichkeit“ des Uterus. Im Grunde genommen handelt es sich hier lediglich wohl um eine Variation des Hegarschen Schwanger-

schaftszeichens (Kompressibilität der Cervix) — wenigstens scheint es auf den gleichen biologischen Vorgängen in der Muskulatur des Uterus bzw. des Isthmus (unteres Uterinsegment oder oberer Cervixteil? vgl. diese alte Streitfrage!) zu beruhen.

Ein „besonderes Phänomen bei beginnender Schwangerschaft" beschreibt auch Fellner im Zbl. f. Gyn. 1925, S. 869. Es handelt sich hierbei um auffallende Verkleinerung des Uterus, die geradezu den Eindruck der Atrophie hervorruft, nachdem er zuerst vergrößert schien. Das Zeichen beruht natürlich nur auf der erhöhten Erregbarkeit und entspricht dem „Konsistenzwechsel".

Banki hat im Zbl. f. Gyn. 1925, S. 142 („Ein sicheres frühdiagnostisches Zeichen der Extrauteringravidität") ein neues Zeichen beschrieben, das nach ihm für die Diagnose der Extrauterinschwangerschaft charakteristisch sein soll. — Einem solchen sicheren Zeichen käme ja angesichts der Lebensbedrohlichkeit dieses Zustandes eminente Bedeutung zu, wenn es wirklich eindeutig die Frühdiagnose der ektopischen Schwangerschaft ermöglichte. Das Bankische Zeichen besteht nun in einer plötzlichen heftigen Schmerzempfindung beim Versuche, den Uterus vom hinteren Scheidengewölbe aus nach vorn zu hebeln. Es soll nach B. der Ausdruck einer, wenn auch noch so geringfügigen Haematocele retrouterina sein. Wie aber, wenn eine solche völlig fehlt, — wie dies ja noch der Fall sein kann, selbst wenn der tödliche äußere Fruchtkapselaufbruch (Tubenruptur) unmittelbar vor der Türe steht?

Ich habe mich beim Lesen der Bankischen Mitteilung von vornherein des Eindrucks nicht erwehren können, daß lediglich Reizzustände der ligg. sacrouterina an der Herbeiführung dieses Symptomes ursächlich beteiligt sind. Derartige Reizzustände können aber bei allen möglichen Affektionen vorkommen, nicht nur bei Extrauterinschwangerschaft, so z. B. bei Parametritis posterior. Tatsächlich erlebte ich sehr bald darauf einen Fall von ausgesprochen positivem Bankischen Zeichen mit Kollaps, der mir von einem Kollegen als „Extrauterine" zur Operation überwiesen war. Ich zweifelte rein gefühlsmäßig an der Richtigkeit dieser Diagnose, aber der bedrohliche Zustand nötigte auf jeden Fall zur Revision des Abdomens. Es fand sich eine akute Salpingitis mit etwas eitrigem Exsudat im Douglas. Nach Entfernung der kranken Tube erfolgte rasche Heilung — wenngleich auch der Eingriff theoretisch im akuten Stadium kontraindiziert scheinen könnte. Jedenfalls hatte hier das Douglasexsudat das typische „Bankische Zeichen" ausgelöst.

Versagt ein solches Symptom aber gerade dort, wo es entscheidend darauf ankommt, wie bei der Differentialdiagnose: Extrauterinschwangerschaft oder entzündliche Adnexerkrankung, — dann verliert es eben ganz erheblich an Wert für die Praxis.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich nicht verfehlen, auf den unterstützenden Wert der Linzenmaierschen Blutsenkungsreaktion hinzuweisen. Für sich allein hat sie natürlich keine ausschlaggebende Bedeutung. Immerhin aber verdient sie größte Beachtung in Verbindung mit allen sonstigen Hilfsmitteln der Diagnose.

Zur Blutsenkungsprobe vgl. die neue Zusammenstellung von Iwanow im Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 24, S. 1600.

Wenn, wie Krüger-Franke auf der Tagung der Mitteldeutschen Gesellschaft für Geb. u. Gyn. 16. 5. 1926 in Dresden ausführte (vgl. Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 37, S. 2381), durch die Blutsenkungsmethode in Verbindung mit dem Blutbilde nach Schilling die Extrauterinschwangerschaft in den meisten Fällen erst nach ihrer Ruptur diagnostiziert werden kann, so muß betont werden, daß in diesem Falle der Wert der Methode sehr gering zu veranschlagen wäre. Jedenfalls ist nach Lüttge dahin zu streben, die Serodiagnostik der Schwangerschaft so auszubauen, daß sie vor der Ruptur der Tube sichere Ergebnisse zeitigt, was Lüttge für durchaus möglich hält.

Im übrigen vgl. betr. die Zunahme der Tubargravidität im Zusammenhange mit den entzündlichen Erkrankungen das auf S. 27 Gesagte.

Zu erwähnen wäre hier ferner: Schiller und Ornstein beschreiben in der Ztschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 89, H. 2 Urobilinogenurie als Frühsymptom der ektopischen Schwangerschaft.

Das Hofstätter-Cullen-Hellendalsche Zeichen (Verfärbung des Nabels bei geplatzter Extrauterinschwangerschaft) besitzt leider keinen Wert als Frühsymptom, da es erst nach erfolgtem Blutergusse in Erscheinung tritt, ist aber im übrigen sehr brauchbar, allerdings nicht als Schwangerschaftszeichen, sondern nur als Symptom einer intraabdominalen Blutung.

Vgl. Gold, Über die diagnostische Verwertbarkeit des Hofstätter-Cullen-Hellendalschen Zeichens. Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 34, S. 2208.

Es ist begreiflich, daß die verfeinerten Methoden der Laboratoriumsforschung in den Dienst der Erforschung unseres Problems gestellt wurden. Der gegenwärtige Stand der Wissenschaft erlaubt wohl noch kein abschließendes Urteil, wenn auch verheißungsvolle Erfolge bereits angebahnt sind. Es ist hier zunächst der Methode von Kamnitzer und Joseph zu gedenken, die auf der gesteigerten Glykosurie nach Phloridzininjektion bei vorhandener Gravidität beruht, die sogenannte Maturin-Probe. Ich verfüge über eigene Erfahrung nur in wenigen Fällen, die Ergebnisse waren nicht absolut sichere.

Die Methode an sich ist einfach und daher zur Anwendung in der Praxis geeignet. Trotzdem werden auch hier Versager von den Autoren gern auf fehlerhafte Technik geschoben.

In noch weit höherem Maße gilt dies von Methoden, die besonders kompliziert sind und erhebliche Anforderungen an Zeit und Laboratoriumstechnik stellen, so daß sie schon aus diesem Grunde sich vorläufig in der Praxis schwer einbürgern können. Mit zunehmender Kompliziertheit steigen die Fehlerquellen.

Hier verdient zunächst einmal die Methode von Dienst Erwähnung. Nach Angabe des Autors ist sie technisch leicht auszuführen, kann sogar nach seiner eigenen Übung in der Sprechstunde vorgenommen werden. Komplizierter und schwerer verständlich ist ihre theoretische Begründung. Sie beruht auf dem Nachweis von „Antithrombin“ im Schwangerenblute mit Hilfe einer Farbenreaktion mit Ninhydrin. — Soweit ich Gelegenheit hatte, die Dienstschen Ideen kennenzulernen, kann ich mich des Eindrucks nicht erwehren, daß hier ein hochbedeutender Forscher wertvolle und fruchtbringende Gedanken entwickelt, die leider — vielleicht infolge einseitiger Entwicklung in allzu ausschließlicher Richtung — im allgemeinen Ablehnung gefunden haben. Vielleicht hätte die Wissenschaft aus den Gedanken von Dienst doch manche fruchtbringende Anregung gewinnen können. — Ausbaubedürftig dürfte auf jeden Fall die Technik sein, da Dienst mit Leitungswasser arbeitet; bei der Feinheit der Reaktionen ist es wohl verständlich, wenn hier verschiedene Leitungswasser ungleiche Ergebnisse zeitigen. Auch habe ich den Eindruck, daß die charakteristischen Farbennuancen bei der Reaktion („violett“, „lila“, „rotblau“ usw.) zu leicht zu individuell verschiedener Beurteilung Veranlassung geben könnten. Daß ich die Dienstsche Methode hier besonders erwähnt habe, hat seinen Grund darin, daß ich mich verpflichtet fühle, trotz der verbesserungsbedürftigen Versuchsgestaltung, das Interesse an der höchst eigenartigen und beachtenswerten theoretischen Grundlage neu an-

zuregen. Es wäre ein Verlust für die Wissenschaft, wenn sie ohne nähere Beachtung über einen so gedankenreichen Forscher zur Tagesordnung übergehen würde, selbst wenn seine Methode in ihrer gegenwärtigen Form nicht praktisch brauchbar sein sollte.

Vgl. neuerdings:

Dienst, Zur Frühdiagnose der Gravidität. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 72, H. 5/6.

Nach Timofeew, („Zur Frühdiagnose der Schwangerschaft nach der Methode von Dienst". Zbl. f. Gyn. 1925) ist die Methode der von Kamnitzer und Joseph bedeutend überlegen.

Völlige Ablehnung erfährt die Dienstsche Reaktion z. B. durch Fink, im Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 27, S. 1681.

Desgleichen kommen Großmann und Mesewinkel („Über die Schwangerschaftsreaktion nach Dienst", Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 32, S. 2095) zu dem Ergebnis: „Als eine Schwangerschaftsreaktion kann die Methode von Dienst nicht angesehen werden".

Ein abschließendes Urteil läßt sich z. Zt. nicht abgeben; es dürfte aber immerhin nicht ausgeschlossen sein, daß die Grundgedanken der Dienstschen Theorie sich als wertbeständig erweisen.

Über die Forschungsmethoden von Abderhalden und seiner Schule dürfte kaum eine Meinungsverschiedenheit bestehen. Sein Dyalisierverfahren, beruhend auf dem Nachweis des Abbaues von Placentargewebe, hat bereits höchst wertvolle Bereicherung unserer Kenntnis gebracht. Eine Verfeinerung hat die Methode der Interferometrie gebracht. In neuerer Zeit hat die „verbesserte Abderhaldensche Reaktion" besonders unter Mitwirkung der Forscher v. Mertz und Lüttge aus der Sellheimschen Klinik bedeutende Hoffnungen erweckt. Es handelt sich hier um den serologischen Nachweis mit Hilfe von Alkoholfällung und einer Ninhydrin-Reaktion. Dem Nachweis zugänglich sind nicht nur Placentargewebe (Nachweis der Schwangerschaft überhaupt) und Sexualhormone (Geschlechtsnachweis), sondern auch u. a. Tumorgewebe, so daß die Methode auch für den Karzinomnachweis verwendbar erscheint. — Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß diese Methode berufen ist, unsere Kenntnisse in ungeahnter Weise zu bereichern. Es eröffnen sich hier die weitreichendsten biologischen Perspektiven, denen besonders Sellheim in einem Aufsatze „Die Bestimmung des Geschlechts des im Mutterleibe getragenen Kindes und andere konstitutionelle und sexuelle Probleme" (Archiv für Frauenkunde Bd. XI, H. 2, 1925) beredten Ausdruck gegeben hat.

Vgl. Lüttge, Serologische Geschlechtsbestimmung, Zbl. f. Gyn. 1924, S. 1139.

Lüttge-v. Mertz, Junge oder Mädchen? Geschlechtsbestimmung des Kindes im Mutterleib. Zbl. f. Gyn. 1924, Nr. 21.

Sellheim, Mutter-Kindsbeziehungen auf Grund innersekretorischer Verknüpfungen. M. m. W. 1924, Nr. 38.

Sellheim, Über Verbesserung und Anwendbarkeit der Abderhaldenschen Reaktion und eine neue Blutuntersuchung. Klin. Wochenschr. Nr. 6 1925.

Es ist natürlich begreiflich, daß auch diese Methode noch nicht zum vollen Abschlusse ihrer Entwicklung gekommen sein kann. Begreiflich ist daher auch, daß sie z. Zt. noch starker Kritik begegnet. So hat z. B. kürzlich Slotta („Ist eine Geschlechtsvoraussage nach Lüttge-v. Mertz möglich?“ Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 25, S. 1630) versucht, vom Standpunkt des Chemikers den Nachweis zu erbringen, daß ihre theoretischen Voraussetzungen falsch sind.

Slottas Ausführungen tritt vom Standpunkt des Klinikers bei:

Sauer, Bemerkungen zu der Arbeit von Slotta in Nr. 25 dieser Zeitschrift. Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 30, S. 1951.

Er hält die Reaktion in ihrer gegenwärtigen Form nicht für geeignet zur Geschlechtsbestimmung oder zur Ca-Diagnose.

Kamniker, Ergebnisse mit der A. E. R. nach Lüttge-v. Mertz, Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 36, S. 2301, kommt ebenfalls zu einer negativen Beurteilung.

Lüttge und v. Mertz (Zur Serodiagnostik in der Gynäkologie, zugleich Bemerkung zur Arbeit Slottas „Ist eine Geschlechtsvoraussage nach Lüttge-v. Mertz-Sellheim möglich? Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 36, S. 2290) kritisieren scharf das i. E. vorschnelle Urteil Slottas und betonen die Schwierigkeit der Testes-Reaktion.

Wie dem auch sein mag, — so viel muß freilich mit einer gewissen Resignation festgestellt werden, daß auch diese Methode zur Zeit noch nicht für die Frühdiagnose der Schwangerschaft in der Praxis zur allgemeinen Verwertung reif ist. Dies soll freilich nicht daran hindern, der Forschung zu vertrauen, daß sie auf dem beschrittenen Wege schon vorwärts kommen wird.

Das Bestreben, die Frühdiagnostik der Schwangerschaft zu vereinfachen und „für die Sprechstunde geeignet“ zu machen, führte noch zu manchen Abänderungsvorschlägen, die jedoch wohl eigene neue Gedanken nicht mehr bringen. So beschreibt z. B. Vogel (Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 24) „Die Ninhydrinflockungsprobe bei Schwangern, eine neue Reaktion im Blutserum zur Erkennung einer Gravidität“.

Die Reaktion nach Lüttge-v. Mertz führt uns vom Problem der Schwangerschaftsfrühdiagnose zu einem anderen von nicht geringerer sozialbiologischer Bedeutung: Dem Problem der Geschlechtsvoraussage.

Eigentlich ist die Reaktion der beiden Forscher sogar mehr auf dieses Ziel gerichtet; sie ist also nicht bloß nach ihrer Ansicht imstande, die Frage zu beantworten: Liegt überhaupt Schwangerschaft vor? sondern auch die: Handelt es sich um eine männliche oder weibliche Frucht?

Selbstverständlich ist es auch von nicht zu unterschätzender Bedeutung, wenn es der Forschung gelingt, dem Problem der Geschlechtsvoraussage näher zu kommen.

Die Methode beruht hier vor allem auf dem Nachweise der spezifischen Geschlechtshormone bzw. von deren „Abwehrstoffen“ im Blute der Mutter. Bezüglich des wichtigen Problems der „endokrinen Beziehungen zwischen Mutter und Kind“ verweise ich auf

einige aus der großen Zahl ziemlich willkürlich herausgegriffene neuere Arbeiten, die mir gerade zugänglich sind.

Neurath, Ein Beitrag zu den endokrinen Beziehungen von Mutter und Kind. Wiener kl. Wochenschr. 38. Jg. Nr. 45, S. 1206, 1925.

Seitz, Die biologischen Beziehungen von Mutter und Kind vom Standpunkt der inneren Sekretion. Klin. Wochenschr. 1924, Nr. 51.

(Weitere Arbeiten finden sich angeführt im Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 24, S. 1608 ff.) Ferner:

Reiprich, Schwangerschaftsreaktion fötaler Testikel, Arch. f. Frauenkunde und Konstitutionsforschung. Bd. XI H. 4/5, 1925.

Jedenfalls liegt in den hormonalen Wechselwirkungen zwischen Mutter und Kind ein Problem von weitreichender Bedeutung für die Forschung. Daß der Nachweis von Stoffen im mütterlichen Serum, die durch Abbau von Hodensubstanz das Vorhandensein einer männlichen Frucht ankündigen, bereits einwandfrei gelungen ist, dürfte ernstlich kaum mehr anzuzweifeln sein. Den Wert der Kritik Slottas an dem Verfahren erblicke ich vor allem darin, daß sie zu erneuter Nachprüfung der theoretischen Grundlagen und Verbesserung des Verfahrens Anlaß zu geben geeignet ist. —

Während man immerhin zum mindesten sagen kann, daß die Wissenschaft der Lösung des Problems der Geschlechtsvoraussage bedeutend näher gekommen ist, kann Ähnliches auch im Entferntesten nicht behauptet werden vom Problem der willkürlichen Geschlechtsbestimmung. Hier handelt es sich also nicht bloß um die Diagnose: Knabe oder Mädchen bei bereits bestehender Gravidität, sondern darum, welche Einflüsse bei der Zeugung für die Entstehung des Geschlechtes der Frucht bestimmend sind. Daß dieses Problem angesichts des Frauenüberschusses in den Kulturländern in der Tat ein recht lebhaft die öffentliche Meinung interessierendes ist, wird ohne weiteres anerkannt. Freilich kann man sich auch nicht ganz der Erwägung entziehen, daß es sich vielleicht hier um eine Frage handelt, deren endgültige Lösung die Natur dem Menschen möglicherweise aus Gründen letzter Zweckmäßigkeit vorenthalten zu haben scheint. Die Folgen des „regulierenden" Einwirkens des Menschen gerade auf diesem Gebiete könnten schließlich für den Bestand des Menschengeschlechtes katastrophal werden.

Es handelt sich hier um Gedanken, die besonders Grotjahn „Die Zunahme der Fruchtabtreibungen vom Standpunkte der Volksgesundheit und Eugenik", Archiv f. Soziale Hygiene und Demographie, H. 3, Bd. I, 1926) äußert, indem er an einen von Sellheim veröffentlichten Fall anknüpft. (Vgl. die Arbeit von Sell-

heim im Archiv für Frauenkunde Bd. 11, H. 2, 1925.) Nach der interessanten Mitteilung von Sellheim hatte ein Elternpaar im Falle einer indizierten Schwangerschaftsunterbrechung die Einwilligung zu dem Eingriff davon abhängig gemacht, daß nach der serologischen Reaktion ein Mädchen zu erwarten sei; im Falle des Nachweises einer männlichen Frucht hingegen sollte die Schwangerschaft ausgetragen werden. Grotjahn bemerkt hierzu: „Hier eröffnet sich also die Aussicht auf die Wiedereinführung des Mädchenmordes der primitiven Völker in moderner, wissenschaftlicher Modifizierung". Es liegt nun allerdings zum mindesten zur Zeit kein Grund zur Beunruhigung in dieser Hinsicht vor, und die Äußerung von Grotjahn dürfte in ihrem Pessimismus vielleicht doch zu weit gehen, wenn ihr auch eine gewisse Berechtigung nicht abzusprechen ist. — Hingegen vertritt Sellheim in dieser Frage einen durchaus optimistischen Standpunkt (vgl. Hygiene und Diätetik, S. 98): „Die Eltern selbst müßten bald zur Einsicht kommen, daß es weder gerechtfertigt noch auf die Dauer durchführbar ist, den Wert der Mädchen hinter dem der Knaben zurückzusetzen. Der Versuch wäre sogar insofern heilsam, als er den wahren Wert der Frau allen Menschen einmal in eklatanter Weise vor Augen führen würde. Sehr schnell müßte eine Selbstregulierung eintreten... Den selbsterhaltenden Gang der Natur kann der Mensch nicht stören, wenn er nicht gerade Geschlechtstod und damit Selbstvernichtung beabsichtigt."

Bekanntlich spielt nach den Forschungen Siegels, zu denen besonders die leicht übersehbaren Kohabitationen der Kriegsurlauber Gelegenheit gaben, der Termin der Beiwohnung insofern eine entscheidende geschlechtsbestimmende Rolle, als je nach der Beiwohnung im Prämenstruum oder Postmenstruum mehr Wahrscheinlichkeit für eine Knaben- bzw. Mädchengeburt besteht. Eine endgültige Entscheidung dieser Frage steht noch aus.

Weit besser ergründet erscheint hingegen die Bedeutung des Kohabitationstermins für die Empfängnis überhaupt. Wir haben es hier vor allem mit dem Problem des Verhaltens von Ovulation und Menstruation zueinander zu tun und dem für die Empfängnis günstigsten Zeitpunkte der Eientwicklung. Es ist ja schon seit langem bekannt, daß der Geschlechtsverkehr in einer bestimmten Phase zwischen zwei Menstruationen unfruchtbar bleibt, und dies hat ja geradezu zu einer Methode des Präventivverkehrs geführt, die neben der Abstinenz selbst die Duldung der Kirche erfahren hat (vgl. Capellmann, Pastoralmedizin). Als Methode

des Präventivverkehrs dürfte die genannte Art des Verkehrs schon deswegen ungeeignet sein, weil infolge der hohen Lebensfähigkeit der Spermatozoen im Vaginalsekret diese Methode stets äußerst unsicher bleiben wird. Andererseits wurde von verschiedenen Forschern, z. B. Greil und Flesch* darauf hingewiesen, daß die strenge Befolgung der rituellen Vorschriften des Talmud bzw. der Mischnah bei den orthodoxen Juden, wonach der Geschlechtsverkehr erst am 12. Tage nach Beginn der Menstruation wieder aufgenommen werden durfte, zu einer Herabsetzung der Fruchtbarkeit führt, da das Optimum für eine Konzeption zwischen dem fünften und siebenten Tage bzw. am ersten Tage nach Aufhören der Menses zu liegen scheint. Es bedarf auch diese Frage weiterer Prüfung.

Es hat nun in der letzten Zeit Brodauf den Versuch unternommen, neuerdings die Frage der willkürlichen Geschlechtsbestimmung zu lösen. („Ei und Geschlecht. Ein kritisch-statistischer Beitrag zur Lösung des Problems von der willkürlichen Geschlechtsbestimmung beim Menschen." Verlag R. A. Giesecke, Dresden, 1926.)

Brodauf geht aus von der Frage, ob eine willkürliche Geschlechtsbestimmung beim Menschen überhaupt möglich ist. Diese Frage wird bejaht. Wenn wir auch die geschlechtsbestimmenden Faktoren beim Menschen noch nicht völlig erforscht haben — so spricht nach seiner Auffassung mehr dafür, daß gewisse Gesetzmäßigkeiten obwalten, als daß die Entstehung des Geschlechts lediglich vom Zufall abhängen sollte. Unter den Faktoren, die bisher auf ihre geschlechtsbestimmende Wirkung geprüft worden sind, dürfte nach Brodauf neben der Wirkung des Idiochromosomenmechanismus ganz besondere Bedeutung dem Reifezustand des Eies im Moment der Befruchtung zukommen. (Vgl. Versuche von R. Hertwig). An der Hand von Material aus der experimentellen Zoologie wird diese Ansicht gestützt.

Bezüglich der Frage, ob das Geschlecht des Kindes im Ei bereits vor der Befruchtung (progam) festgelegt sei, oder im Moment der Befruchtung (syngam) oder nachher (metagam) entschieden wird, vertritt Brodauf die Theorie der syngamen Geschlechtsentstehung. An der Hand einer — allerdings kleinen Zahl von Geburtsfällen werden folgende Fragen erörtert: Schwangerschaftsdauer — Kritik der üblichen Schwangerschaftsberechnung; Zusammenhang zwischen Schwangerschaftsdauer und Kindesgeschlecht. Nach den Beobachtungen Brodaufs sind die „pünktlich" erledigten Geburten meist Knaben, die auffallend verzögerten hingegen Mädchengeburten. (?) — Nach einer anderen Tabelle sind die Knaben meist kurz nach den Menses, die Mädchen im Intermenstruum oder Praemenstruum konzipiert. — Eine Beziehung des Geschlechtes zur Lage des Konzeptionstages (Vgl. Siegel) besteht sicher. (Hiergegen Pryll!) — Eine wichtige Frage ist die der Lebensdauer von Ei und Spermatozoon. Im Gegensatze zu weit verbreiteten Ansichten kommt Brodauf zum Schlusse, daß die Spermatozooen allerhöchstens drei Tage funktionstüchtig bleiben, während das Ei ca. 14 Tage befruchtungsfähig bleibt. Es wäre demnach der Tag der Kohabitation mit dem der Konzeption praktisch so gut wie indentisch.

Eine große Rolle spielt die Erörterung der Frage der zeitlichen Beziehungen zwischen Ovulation und Menstruation. Brodauf setzt sich vor allem mit den Theorien von R. Meyer und Ruge (Ovulation zirka

---

* Greil, Ätiologie der Sterilität. Zbl. für Gyn. 1925 S, 227 ff. — Flesch, Zur Kenntnis des normalen und pathologischen Geschlechtslebens. Archiv für Frauenkunde usw. Bd. XII H. 1/2, 1926. Nr. 3: Zur Frage des günstigsten Zeitpunktes der Empfängnis.

8. Tag nach Menstruationsbeginn), Schroeder (15. Tag), Fraenkel (19. Tag) und Leopold und Hegar (unmittelbar vor Menstruationsbeginn) auseinander. Auf Grund seiner Untersuchungen (Konzeptionskurven!) glaubt er zu dem Ergebnis kommen zu müssen, daß es zwei „Ovulationstypen" beim weiblichen Geschlecht gäbe. Typus A (Leopold): Ovulation zirka 5 Tage vor Eintritt der Menses. Typus B (Meyer-Ruge): zirka 7. Tag p. menstr. — Der Schroedersche und Fraenkelsche Typus wäre nach ihm nur in relativ selteneren Fällen festzustellen.

Es würde daher die Möglichkeit bestehen, auf Grund der Kenntnis der Beziehungen zwischen Eireifezustand und Geschlecht (Befruchtung „jungreifer" Eier in den ersten 7 Tagen: Mädchen; „überreifer" Eier in den zweiten 7 Tagen: Knaben) das Geschlecht des Kindes vorauszubestimmen — vorausgesetzt, daß man weiß, nach welchem Typus die Frau ovuliert. In Wirklichkeit wird, — abgesehen von der nicht immer gegebenen zweiten Voraussetzung — die Sache freilich dadurch kompliziert, daß die „Konzeptionskurven" sich teilweise überdecken.

Selbst unter der Voraussetzung, daß alle empirischen und theoretischen Ausführungen von Brodauf richtig sind wird also immer noch ein Rest bleiben, der nicht völlig aufgeht und die Lösung des Problems ist keine absolute. Brodauf hat jedenfalls in verdienstvoller Weile der Forschung wertvolles Material geliefert. Es wird deren Aufgabe sein, die von ihm beigebrachten neuen Gesichtspunkte zu verwerten. — Als eine Schwäche der Arbeit erscheint mir, daß Brodauf, offenbar auf Grund seines zahlenmäßig doch noch zu geringen Materials den Fraenkelschen Typus nur als Ausnahme gelten lassen will. Wenn dieser aber zum mindesten als ein eigener Typus zu Recht besteht, dann wird es naturgemäß immer schwieriger, eine sichere Geschlechtsbestimmung vorzunehmen, je mehr Ovulationstypen festgestellt werden können. Daher bringt die Arbeit einen, — und zwar höchst bedeutsamen Beitrag zur Frage der Geschlechtsbestimmung, aber nicht deren endgültige Lösung.

Weitere Literatur hierzu:

Ahlfeld, Über den Knabenüberschuß der älteren Erstgebärenden nebst einem Beitrag zum Hofacker-Sadlerschen Gesetz. Arch. f. Gyn., Bd. 9, 1886.

Dawson, The causation of sex in man. London 1921.

Fraenkel, L., Die Funktion des corpus luteum, Arch. f. Gyn., Bd. 68, 1903.

—, Neue Experimente zur Funktion des corpus luteum, Arch. f. Gyn., Bd. 91, 1910.

—, Ovulation und Menstruation. Zbl. f. Gyn. 1911.

—, Ovulation. Zbl. f. Gyn. 1917.

Jäger, Krieg- und Geburtshilfe. Zbl. f. Gyn. 1917.

Lenhossek, Das Problem der geschlechtsbestimmenden Ursachen. Ref. Zbl. f. Gyn. 1903.

Lenz, Erklärung des Schwankens der Knabenziffer. Arch. f. Rassen- und Gesellschaftsbiologie 1914/15.

Lenz, P. W. Siegels Urlaubskinder und die Lösung des Geschlechtsproblems. M. m. W. 1919, Nr. 66.

—, Ergänzende Bemerkungen zur Geschlechtsbestimmung. M. m. W. 1920, Nr. 67.

—, Zur Geschlechtsbestimmung. M. m. W. 1920, Nr. 67.

Levy, Der Knabenüberschuß bei den Juden, Beitrag zur Frage der Geschlechtsbestimmung. Zeitschr. f. Sexualwissensch. 1920, Nr. 7.

Pittler, Curt, Das zeitliche Verhalten der Konzeption zur Ovulation und Menstruation. Inaug.-Diss. Breslau. 1916.

Pryll, Kohabitationstermin und Kindesgeschlecht. M. m. W. 1916.

Rauber, Der Überschuß der Knabengeburten und seine biologische Bedeutung, Leipzig 1900.

Schleip, Geschlechtsbestimmende Ursachen im Tierreich. Ergeb. und Fortschr. d. Zoologie. 1913.

Siegel, Wann ist der Beischlaf befruchtend? M. m. W. 1915.
—, Bedeutung des Kohabitationstermins für die Befruchungsfähigkeit der Frau und für die Geschlechtsbildung des Kindes. M. m. W. 1916.
—, Zur willkürlichen Geschlechtsbestimmung. M. m. W. 1916.
—, Gewollte und ungewollte Schwankungen der weiblichen Fruchtbarkeit. — Bedeutung des Kohabtionstermins für die Häufigkeit der Knabengeburten. Habilitationsschrift Berlin 1917.
Vaerting, Der Einfluß der männlichen Geistesarbeit auf die biologische Höherentwicklung der Menschheit. Zeitschr. f. Sexualwissenschaft. 1918.

Es kann nicht unsere Aufgabe sein, an dieser Stelle das wichtige Problem des zahlenmäßigen Verhältnisses der Geschlechter eingehend zu behandeln, umsomehr, als eine zusammenhängende Darstellung dieser Fragen in Verbindung mit denen des Geburtenrückganges an anderer Stelle beabsichtigt ist. Es sei nur kurz auf das Problem des Frauenüberschusses in den Kulturländern aufmerksam gemacht, auf die Ursachen der Umkehr des ursprünglichen Geschlechtsverhältnisses, die stärkere Beteiligung der männlichen Früchte am Abortus und der Knaben an der Säuglingssterblichkeit usw. — Vgl. M. Hirsch, Über das Verhältnis der Geschlechter, Zbl. f. Gyn. 1913.

Eine theoretisch-biologische Frage, deren praktische Bedeutung im Zusammenhang mit den eben erwähnten Fragen der Geschlechtsbestimmung offenbar wird, ist die: In welchen biologischen Beziehungen steht die Menstruation zur Brunst der Tiere? Soweit ich die mir bisher zugänglichen Arbeiten richtig verstanden habe, scheint man die Menstruation selbst in Analogie zur Brunst, die praemenstruellen Schwellungen dagegen in Analogie zu den proöstrischen Schwellungen zu setzen. — Ich weiß nicht, ob von anderer Seite schon einmal der Gedanke erwogen worden ist, der mir hierbei aufgestiegen ist und bei weiterem Nachdenken immer mehr als die Lösung dieser Frage erscheint:

Nicht die Menstruation selbst entspricht der Brunst, denn gerade während dieser Zeit ist ja im Gegensatz zum brünstigen Tierweibchen das geschlechtliche Verlangen so gut wie erloschen. Es wäre seltsam, wenn der Vorgang der Brunst sich beim Menschen so in sein Gegenteil verkehrt haben sollte, daß die Verbindung in diesen Tagen geradezu als gesundheitsschädlich angesehen werden muß. Vielmehr scheint mir die unmittelbar auf die Menstruation folgende erhöhte Libido der Frau der eigentlichen Brunst zu entsprechen — sie ist natürlich viel schwächer, als der entsprechende Vorgang bei monöstrischen Tieren. — Die Menstruation hingegen würde zu den proöstrischen Schwellungsvorgängen gehören, deren höchste Steigerungsform darstellen, die sich in Form der Blutung aus der aufs höchste hyperämisierten menstruellen Uterusschleimhaut äußert und in dieser Form sich nur beim Menschen und anthropoiden Affen findet. Das Vorkommen bei letzteren beweist,

daß es sich nicht bloß um eine „Kulturerrungenschaft" handelt; hingegen dürfte bei Richtigkeit der von mir vorgetragenen Auffassung der Einfluß der Kultur sich dahin äußern, daß im polyöstrischen Zyklus des Menschen die proöstrischen Vorgänge immer stärker betont in die Erscheinung treten, während gleichzeitig die eigentliche Brunst bis auf kümmerliche Reste — die postmenstruelle Steigerung der Libido — verschwindet.

Die Frage, ob die Menstruation den „Abort eines unbefruchteten Eies" darstellt, erwähne ich in diesem Zusammenhang, ohne weiter darauf einzugehen, als zu bemerken, daß diese zwar geistvolle Annahme eine „contradictio in adjecto" darstellt. —

Weitere Probleme der Schwangerschaft, denen größte sozialbiologische Bedeutung zukommt, sind folgende: Wann beginnt die Schwangerschaft — bzw. wie lange dauert die Schwangerschaft?

Man erkennt auf den ersten Blick, daß den beiden hier erwähnten Fragen besondere Bedeutung im Hinblick auf die gerichtsärztliche Sachverständigentätigkeit innewohnt.

Vgl. betr. „Empfängniszeit" §§ 1591, 1592, 1717, 1720 BGB.

§ 1592: „Als Empfängniszeit gilt die Zeit von dem einhundert-einundachtzigsten bis zu dem dreihundertundzweiten Tage vor dem Tage der Geburt des Kindes, mit Einschluß sowohl des einhundert-einundachtzigsten als des dreihundertundzweiten Tages ..."

§ 1591: „... Das Kind ist nicht ehelich, wenn es den Umständen nach offenbar unmöglich ist, daß die Frau das Kind von dem Manne empfangen hat ..."

In den §§ 1717, 1720 (betr. rechtliche Stellung und Legitimation unehelicher Kinder) kehrt die Wendung „den Umständen nach offenbar unmöglich" im gleichen Sinne wieder, wie im § 1591 mit Bezug auf die ehelichen Kinder.

Aus der ungeheuer reichen Literatur über diese Fragen seien beiläufig folgende Arbeiten erwähnt:

Ahlfeld, Beobachtungen über die Dauer der Schwangerschaft. Monatsschr. f. Geb. u. Frauenkrankheiten, Bd. 34, 1869.

Ahlfeld, Kurzfristige Schwangerschaften. Leipzig, Repertorienverlag 1916.

v. Franqué, Zur Begutachtung der Schwangerschaftsdauer vor Gericht. Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 14, S. 865 ff.

Frigyesi, Über die klinische Bedeutung der verlängerten Schwangerschaft. Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 35, S. 2253 ff.

Goßrau, Beobachtungen über die Dauer der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Marburg, 1902.

Gummert, Zur Frage des „offenbar unmöglich" aus dem § 1717 des BGB. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71, H. 5/6.

Haberda, Über die verlängerte Schwangerschaftsdauer vor Gericht. Beitr. z. ger. Med. Bd. 4, 1926.
Hasler, Über die Dauer der Schwangerschaft. Zürich, 1876.
Heyn, Schwangerschaftsdauer und Kindesentwickelung, M. m. W. 1925, S. 185.
Heyn, Über kurzfristige Schwangerschaften. Arch. f. Gyn., Band 123, S. 534.
Inouye, Über die Dauer der menschlichen Schwangerschaft nach dem Konzeptionstage berechnet. Inaug.-Diss, München 1911.
Ißmer, Über die Zeitdauer der menschlichen Schwangerschaft. Arch. f. Gyn., Bd. 35, 1889.
Nürnberger, Wahrscheinlichkeitsrechnung und Erbanalyse bei gerichtlichenVaterschaftsgutachten. Zbl. f. Gyn. 1925, Nr. 26, S. 1409.
Nürnberger, Abnorme Schwangerschaftsdauer in Halban-Seitz, Bd. VII, T. 1.
Poten und Boetticher, Kritik der Schwangerschaftsdauer. Arch. f. Gyn., Bd. 126, H. 2/3, 1925.
Reni, Wann beginnt die Schwangerschaft? Zbl. f. Gyn. 1925, Nr. 20, S. 1084.
Rissmann, Nachweis kurzfristiger Schwangerschaften. Zbl. f. Gyn. 1925, S. 2060.
Ruge, Schwangerschaftsdauer und gesetzliche Empfängniszeit. Arch. f. Gyn., 114. Bd. 1921.
Veit, Über die Dauer der Schwangerschaft. Verhdlg. d. Ges. f. Geb. und Gyn. Berlin 1853.
Zweifel, Kann eine Schwangerschaft über 302 Tage* dauern? Arch. f. Gyn., 116. Bd., 1922.
Vgl. auch Fritsch, Gerichtsärztliche Geburtshilfe. S. 156 ff.

Heyn hat kürzlich eine Schwangerschaft von nur 229 Tagen Dauer bei reifem Kinde beschrieben. Eine eingehendere Darstellung des gegenwärtigen Standes dieser Frage kann an dieser Stelle nicht gegeben werden. Hier sei nur bemerkt, daß wir angesichts der bisherigen Unmöglichkeit, den Termin des Schwangerschaftsbeginnes genau zu bestimmen, vor außerordentlich schwierigen und dabei höchst verantwortungsvollen Aufgaben stehen.

Eine Rundfrage des Direktors der Staatlichen Frauenklinik in Dortmund an die Direktoren der Universitätskliniken Deutschlands vom Juli 1926 gibt dem bedrückenden Zustand der gegenwärtigen Unklarheit im ärztlichen Gutachterwesen bei Alimentationsprozessen lebhaften Ausdruck. Es heißt hier:

„Es herrscht noch absolut Uneinigkeit darüber, nach welcher Schwangerschaftsdauer die Geburt eines reifen Kindes überhaupt möglich ist. Die Angaben schwanken um 30—40 Tage und mehr. Was soll der Richter mit so widersprechenden Zahlen anfangen? Eine Klärung der Frage ist zurzeit nicht — wenn überhaupt — möglich; ebensowenig kann natürlich durch einen Mehrheitsbeschluß entschieden werden, welcher Termin als äußerste Grenze zu gelten hat. Es muß die Entscheidung darüber vorläufig noch dem Ermessen des Einzelnen überlassen bleiben. Wohl aber wäre es möglich, eine Feststellung darüber herbeizuführen, wie die Mehrzahl der maßgebendsten und erfahrensten deutschen Gynäkologen darüber denkt."

* Nachtrag: Zangemeister „Offenbar unmöglich", Münchner med. Wochenschrift 1926, Nr. 47.
Engelmann, Die Begutachtung der Schwangerschaftsdauer vor Gericht in Alimentationsprozessen. Zbl. für Gyn. 1927, Nr. 1.

„Auch über eine andere Frage herrscht Unklarheit, nämlich die, was die §§ 1591, 1717 BGB. mit dem Ausdrucke „offenbar unmöglich" sagen wollen. Auch hier gehen die Ansichten noch weit auseinander. Bedeutet es eine absolute oder nur den Umständen nach relative Unmöglichkeit?"

Das Rundschreiben formuliert zum Schlusse folgende Fragen:

1. Nach welcher Schwangerschaftsdauer halten Sie die Geburt eines mit den Zeichen der Reife versehenen Kindes für durchaus möglich? Welcher Termin bildet nach Ihrer Ansicht die allerunterste Grenze?
2. Sehen Sie in der Fassung „den Umständen nach offenbar unmöglich" eine Verstärkung des Ausdruckes „unmöglich" im Sinne zum Beispiel v. Franqés („was nur ein einziges Mal vorkommt, ist nicht offenbar unmöglich") oder eine Abschwächung im Sinne z. B. Döderleins, der den Hauptton auf „den Umständen nach" legt und Ausnahmefälle nur in ganz besonders gelagerten Fällen berücksichtigt wissen will?"

Zu dieser zweiten Frage verweise ich auf die Arbeit von Gummert „Zur Frage des ‚offenbar unmöglich' aus dem § 1717 BGB." Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 71, Heft 5/6. Ich trete Gummerts Ansicht bei, daß der Ausdruck „den Umständen nach unmöglich" in § 1717 BGB. nicht als eine Verschärfung, sondern als eine Einschränkung des Begriffes „unmöglich" aufzufassen sei; wie z. B. Stumpf definiert, als „eine Unmöglichkeit, welche sich ergibt aus der Abwägung aller dafür und dawider sprechenden Umstände nach dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft".

Bei der Kritik der bisher geschilderten Fälle von „kurzfristigen Schwangerschaften" kommt es vor allem darauf an, ob die „Zeichen der Reife" auch wirklich richtig gewertet sind, und es sich nicht doch um frühgeborene Kinder handelt. Ferner darauf, ob Angaben über den letzten Menstruationstermin bzw. den Termin der Konzeption mit einiger Zuverlässigkeit zu erhalten sind.

Fast noch kritischer als den Fällen sogenannter „kurzfristiger Schwangerschaften" muß man denen sogenannter „Übertragung" gegenüberstehen. Es ist ja schwer verständlich, aus welchen Gründen die physiologische Betätigung des Geburtsmechanismus am normalen Ende der Schwangerschaft ausbleiben sollte. Hingegen wird man stets zu bedenken haben, daß bei der Frage der Ehelichkeitserklärung eines „postumus" die Witwe ein lebhaftes Interesse an der Glaubwürdigkeit der „Übertragung" haben wird. Lediglich auffallende Größe und Gewicht des Kindes berechtigen noch nicht, eine solche anzunehmen.

Opitz (Über Wandlungen in der Gynäkologie und an den Kranken. Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 14, S. 928 ff.) berichtet hingegen über Zunahme der Fälle „übertragener" Schwangerschaft und erblickt die Ursache dieser Erscheinung (neben anderen Erscheinungen wie: Zunahme der Zahl „alter Erstgebärender", Verzögerung

des Klimakteriums usw.) im Häufigerwerden der beruflichen Tätigkeit der Frau.

Von besonderer Bedeutung sind hier die kürzlich von Frigyesi auf der Tagung der Oberrheinischen Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. am 15. 11. 1925 zu Freiburg gemachten Mitteilungen (vgl. auch Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 36, S 2253 ff.).

Nach Frigyesi kommt die Übertragung immer häufiger vor. Ihre große Bedeutung liegt nicht allein in der möglichen Erschwerung der Geburt, sondern auch im leichten Absterben der Frucht während der Geburt ohne nachweisbare und erkennbare äußere Ursache. Das Absterben kann habituell werden. Übergroße Frucht kann auch durch rasche Entwicklung entstehen, braucht also nicht immer übertragen zu sein. — Übertragen kommt auch bei Tieren vor. Schwangere der minderbegüterten Klassen neigen leichter zu verlängerter Schwangerschaft als Begüterte (Zangemeister). Verlängerte Schwangerschaft kann die Lebensaussichten der Früchte unterernährter Mütter verbessern.

Bei verlängerter Schwangerschaft verläuft die Geburt analog der bei engem Becken. — Weitgehende regressive Veränderungen der Placenta scheinen das Absterben der Früchte zu bedingen. Die Ursache wird verschieden beurteilt: Nach Ahlfeld kann das Nichteintreten des Kopfes das Ausbleiben des Wehemechanismus bewirken (mechanische Theorie).

Pinard beobachtete besonders bei bettlägerigen Frauen die Neigung zur Übertragung, da bei Bettlage der Druck des vorliegenden Teiles auf die cervikalen Ganglien nicht zur Geltung kommt.

Von Bedeutung sind sicher auch konstitutionelle Momente. Am Absterben der Kinder sind hauptsächlich Knaben beteiligt.

In der Aussprache berichtete Fürst über einen Fall eines durch Röntgenbestrahlung in utero geschädigten Kindes. Er macht die Röntgenschädigung auch für die Übertragung verantwortlich. Labhardt warnte bei dieser Gelegenheit davor, in jeder anscheinend zu langen Schwangerschaft mit auffallend schwerem und langem Kinde einen Fall von Übertragung zu erblicken. Für 50 Zentimeter lange Kinder sind Schwankungen in der Schwangerschaftsdauer von 100 Tagen festgestellt (230 bis 330 Tage!). Das ist forensisch von größter Bedeutung. — Labhardt bemerkt, daß die übertragenen Kinder meist Knaben sind.

Ich hatte kürzlich Gelegenheit zur Behandlung eines Geburtsfalles, der sich kaum auf andere Weise als durch Annahme einer Übertragung erklären läßt. Nach den, in diesem Falle sehr präzisen anamnestischen Angaben hätte die Geburt bereits 3—4 Wochen früher eintreten müssen. Die Frau war in der letzten Zeit bettlägerig. Da trotz normaler Beckenmaße der Kopf bei der erstgebärenden Frau nicht eintrat, entschloß ich mich mit Rücksicht auf die Anamnese und den enormen Leibesumfang zur sectio und entwickelte durch cervikalen Kaiserschnitt ein 62 Zentimeter langes, über 6 Kilogramm schweres Mädchen. (Krankenhaus Seidenberg-O.-Lausitz.)

Auf jeden Fall handelt es sich auch hier um sehr bedeutungsvolle Untersuchungen, deren Ergebnis seinen gesetzgeberischen Niederschlag in der Entscheidung zu finden hätte, ob die gesetzliche „Empfängniszeit“ (vgl. § 1592 BGB.) einer Anpassung an den neuen Stand der Forschung bedarf.

Von Problemen der Geburtshilfe bzw. der Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft, die gleichfalls zum Nachdenken auch vom Standpunkte der sozialen und generativen Hygiene anregen, deren eingehende Besprechung aber hier zu weit führt würde, will ich hier nur folgendes erwähnen:

Einmal die Frage der Möglichkeit einer Schwängerung trotz völliger Intaktheit des Hymen, — eine Frage, deren große gerichtlich-medizinische Bedeutung ohne Weiteres erkennbar ist.

Zu dieser Frage sind folgende Arbeiten zu erwähnen:

Flechtenmacher, Empfängnis bei einer virgo intacta. Zbl. f. Gyn. 1924, S. 2546.

Gal, Empfängnis bei einer virgo intacta. Zbl. f. Gyn. 1924, S. 1203.

van Tongeren, Empfängnis bei einer virgo intacta. Zbl. f. Gyn. 1925, S. 478.

Bischoff, Konzeption bei unverletztem Hymen. Zbl. f. Gyn. 1925, S. 1034.

Nach meinem sprachlichen und logischen Empfinden wäre es richtiger, statt von „Empfängnis bei virgo intacta" von „Empfängnis bei unverletztem Hymen" zu reden, wie dies auch Bischoff tut, denn nach eingetretener Schwängerung kann doch von Intaktheit der Virginität beim besten Willen nicht mehr die Rede sein.

Die Tatsache, daß solche Schwängerungen vorkommen, ist übrigens nicht einmal so neu wie einige der angeführten Autoren glauben. In der „Klinik der Gebärmutter-Chirurgie", Erlangen, F. Enke 1866 erwähnt Marion Sims bereits ihr Vorkommen. S. 256 berichtet Sims über einen derartigen Fall, den Scanzoni beobachtet und in der Allg. Wiener Med. Zeitung 1864, Nr. 4, veröffentlicht hatte. Auch Bischoff erwähnt, daß bereits Sims das Vorkommen bekannt war.

Man muß Bischoff unbedingt zustimmen, wenn er schreibt: „Die . . . . Tatsache, daß bei Gelegenheit von Prozessen die Meinungen der Ärzte auseinandergegangen sind, ob ohne immissio penis Empfängnis möglich sei oder nicht, ist umso erstaunlicher, als die modernen Lehrbücher diese Frage einstimmig bejahen."

Es sind hier ferner zu erwähnen die Fragen, die sich an die Lehre von der Superfoetation und Superfecundation (Überfruchtung und Überschwängerung) knüpfen.

Es lassen sich wohl die Fälle von „Superfoetation" meist durch Zurückbleiben des einen Eies von zwei gleichzeitig befruchteten Eiern in der Entwicklung erklären.

Vgl. Cathala und Barbaro, in bull. soc. d'obstétr. et gyn. Paris, 1924, Nr. 9 p. 717. Revue franc. de gynécol. et de l'obstétr. 1925, Nr 3, s. auch: Hannes, Compendium der Geburtshilfe, Breslau 1921, S. 148: „Auch ganz different entwickelte Zwillinge sind doch die nämliche Zeit getragen. Es ist nicht angängig, solche Beispiele als eine Stütze der Lehre von der Superfoetation oder der Nachempfängnis zu betrachten. Es ist als unmöglich abzulehnen, daß nach Ansiedlung einer Schwangerschaft im Uterus noch eine weitere Imprägnation statthaben kann."

Die „Überschwängerung" (Superfecundation), d. h. die Befruchtung zweier, aus der gleichen Ovulation stammender Eier durch zwei verschiedene Akte, also u. U. zwei verschiedene Väter, stellt Hannes als durchaus möglich für den Menschen hin, in Analogie der Fälle aus dem Tierreiche, wo Tiere eines Wurfes die Rassenmerkmale verschiedener Erzeuger aufweisen.

Ferner gehören hierher die tief im Bewußtsein des Volkes wurzelnden Vorstellungen vom „Versehen der Schwangeren" — als einer exogenen, auf dem Wege der Sinnesorgane, also letzten Endes psychisch, vermittelten Beeinflussung der Frucht. Wohl zu unterscheiden von dieser Beeinflussung wäre eine „endogen" erfolgende.

Hier wäre das Wort „endogen" nur cum grano salis zu verstehen, also nicht in seinem eigentlich richtigen Sinne der reinen erblichen Anlagewirkung! Sellheim, Geheimnis vom Ewig-Weiblichen, S. 441, berichtet, daß er jedesmal, wenn in seiner Klinik ein Kind mit einer Mißbildung geboren wurde, die Mutter, ehe er ihr das Kind zeigte, gefragt hat, ob sie in der Schwangerschaft etwas Auffallendes erlebt hätte, was im Sinne des „Versehens" hätte verwertet werden können. Er ließ sie natürlich nicht merken, worauf er mit der Frage hinaus wollte. Das Resultat war jedesmal negativ. Erst hinterher, nachdem die Mutter ihr Kind besehen und Zeit zum Nachdenken gehabt hatte, war ihr „eingefallen", daß sie sich versehen hatte. Es handelt sich also hier immer um später zurechtgelegte Konstruktionen. — Alle Versuche eines experimentellen Nachweises des Versehens bei Haustieren sind ohne einwandfrei positives Ergebnis geblieben.

Von „endogenen" Einflüssen im oben erwähnten Sinne sind die Wirkungen von Giften zu bemerken. Unter diesen spielt neben gewerblichen Giften, die ihrerseits häufig zum Abort führen (Blei!) die verderblichste Rolle der Alkohol. Es fehlen uns immer noch exakte Beobachtungen an einem hinreichend großen Material, die uns über die Fragen Aufschluß geben, wie der einmalige und der chronische Alkoholrausch der Schwangeren auf die Frucht wirkt, vor allem die Erzeugung im Rausche. Immerhin haben wir Grund zur Annahme, angesichts der bereits jetzt vorliegenden Beobachtungen, daß Zeugung im Rausch in ganz besonderem Maße zu geistigen und körperlichen Defekten der Nachkommenschaft Anlaß gibt (Epilepsie, Imbecillität, Mißbildungen). Es fehlt m. E. jedoch noch immer an hinlänglich scharfer Unterscheidung, ob sich in solchen Fällen der Erzeuger lediglich in einem akuten Gelegenheitsrausch befand, also sonst gesund war, oder ob es sich um einen Gewohnheitstrinker, also einen an sich minderwertigen Elter handelt. — Immerhin verdient die Lehre Forels von der Keimverderbnis („Blastophthorie")* in diesem Zusammenhang Erwähnung und Beachtung.

Mit ein paar Worten haben wir hier auch das Problem der Telegonie (Fernzeugung) zu berühren. Bekanntlich wurzelt auch dieses tief in volkstümlichen Vorstellungen, besonders sind die Tierzüchter fest davon überzeugt, daß eine einzige Schwängerung des rassereinen Weibchens durch ein minderwertiges Männchen

* Als nicht in diesem Sinne für „Blastophthorie" gehörig betrachten wir die intrauterine Übertragung von Lues, die lediglich als Infektionskrankheit des Fötallebens zu beurteilen ist.

es auf immer für die Zucht verderbe. Die experimentelle Zoologie und Vererbungsforschung hat, soweit mir bekannt, noch keine beweisenden Tatsachen für diese Annahme festzustellen vermocht. Selbst wenn sie dies getan haben sollte, so ist immer noch nicht abzusehen, inwieweit sich solche Ergebnisse auf den Menschen übertragen lassen. Wir müssen also nach dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse diese Lehre von der Telegonie beim Menschen unbedingt ablehnen. Um so befremdlicher muß es wirken, wenn ein naturwissenschaftlich gebildeter Schriftsteller es für richtig hielt, in einem Roman, der vor einigen Jahren großes Aufsehen erregte, die Telegonie als wissenschaftlich festbegründete Tatsache hinzustellen und zu verwerten. (A. Dinter, Die Sünde wider das Blut. Verlag Mathes & Thost, Leipzig 1919.) Lediglich der Umstand, daß der Verfasser auch in Laienkreisen als naturwissenschaftlich gebildeter Schriftsteller bekannt ist, und daher die Gefahr besonders groß ist, daß seine Anschauungen über diesen Punkt zu Irrtümern Anlaß geben, veranlaßt mich dazu, ein nicht der wissenschaftlichen Literatur zugehöriges Werk an dieser Stelle zu erwähnen.

Das Problem der Telegonie wurde kürzlich gestreift in einem Vortrage, den A. Mayer (Tübingen) in der Oberrheinischen Ges. f. Geb. u. Gyn. über körperliche und seelische Umstimmungen des Weibes nach dem Eingehen der Ehe gehalten hat. Jedenfalls kommt Mayer zu dem Ergebnis, daß, wer die Vererbung erworbener Eigenschaften ablehnt, auch die Telegonielehre ablehnen muß. Dieses Ergebnis, dem man unbedingt beitreten muß, ist umso bemerkenswerter, als es nicht wenige Persönlichkeiten gibt, die sich über den inneren Widerspruch nicht klar werden, der darin liegt, daß sie der Vererbung erworbener Eigenschaften ebenso skeptisch, wie der Telegonielehre gläubig gegenüberstehen.

Aus der Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft wären noch zahlreiche Fragen unter unserem Gesichtspunkte der sozialen und generativen Hygiene zu erörtern. Wenn wir uns genötigt sehen, uns bezüglich vieler sehr kurz zu fassen, so besagt dies durchaus nicht, daß wir sie für minder bedeutsam halten. Vielmehr sind es gerade oft die allergrößten Probleme, denen wir notgedrungen nur wenige Worte widmen können, da sie allein die Arbeits- und Fassungskraft eines Menschen bei weitem übersteigen.

Ein solches ist vor allem das der Geschlechtskrankheiten, insonderheit der Lues in ihren Beziehungen zur Schwangerschaft. Es sei hier nur erinnert an die Probleme, die früher unter den „Gesetzen“ von Colles und Profeta erörtert worden sind.

Heutzutage dürfte wohl allgemein die Überzeugung angenommen sein, daß es eine Übertragung der Lues auf die Frucht lediglich ex patre unter Verschonung der Mutter (sogen. „Colles-Mütter") nicht gibt, daß die Mutter vielmehr stets als infiziert zu gelten hat, wenn auch nur als „latent luetisch". —

Ferner mag hier erwähnt werden, daß die noch vielfach unter den Praktikern herrschende Vorstellung, daß Lues der Mutter — oder gar bloß des Vaters! (vgl. jedoch das soeben Gesagte) — zur Unterbrechung der Schwangerschaft verpflichte, nach dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft auch nicht mehr die entfernteste Berechtigung besitzt. Es muß freilich erwähnt werden, daß es auch Autoren gibt, die die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung bei Lues nicht so eindeutig verneinen; insbesondere Buschke hat in den letzten Jahren mehrfach die Unterbrechung unter gewissen Voraussetzungen für diskutabel erklärt. Vgl. Buschke und Gumpert in: Med. Klinik 1926, Nr. 5. Für die Praxis werden wir jedoch Lues als Indikation zur Unterbrechung nicht anerkennen können.

Vielmehr muß eine energische antiluetische Behandlung der Mutter in jedem Stadium der Schwangerschaft als aussichtsreich bezeichnet werden. Es muß also als unverantwortlicher Kunstfehler angesehen werden, wenn eine solche unterbleibt. Als selbstverständlich müßte es hierbei freilich gelten, daß bei den geringsten Störungen (z. B. Albuminurie) der behandelnde Arzt (Praktiker oder Gynäkologe) sich wegen der weiteren Behandlung in ständiger Fühlung mit einem erfahrenen Syphilidologen zu halten bzw. Krankenhausbehandlung anzuordnen hat. Es ist bedauerlich, daß die Erwähnung solcher Dinge nicht eigentlich überflüssig ist. —

Neuere Literatur zum Problem Lues und Schwangerschaft:

Baer, Die Erkennung der Lues intra partum und ihre klinische und volkswirtschaftliche Bedeutung. Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 38, S. 2447.

Bazala, Die Wassermannsche Reaktion in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett. Časopis lekarův českych 1925 Nr. 40/41.

Fabricius, Zur antiluetischen Behandlung Gravider. Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 31, S. 2021.

Finkener und Neugarten, Arch. f. Gyn., Bd. 122, H. 1.

—, Lues und Gravidität, in Ber. d. D. Ges., Gyn. u. Geb. Bd. IV, H. 5.

Jadasohn, Über die Bedeutung der medizinischen Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei Mann und Frau. Therapie der Gegenwart 1924, Nr. 9.

Klaften, Die Bekämpfung der Syphilis in Gebäranstalten, W. kl. W., Bd. 37, 1924.

Klaften, Die Geburtsleitung bei syphilitischen Frauen und die Methodik der Syphilitisbekämpfung. Zbl. f. Gyn. 1924, Nr. 35.

Knebel, Serologische Untersuchung des Placeentar- und Nabelschnurblutes. Zbl. f. Gyn. 1925, S. 1302.

Lawrence, Verhütung kongenitaler Lues durch Behandlung der Mutter während der Schwangerschaft. Journ. of the amer. med. assoc. Bd. 84, Nr. 6.

Martin, Ed., Die Milch luetischer Wöchnerinnen. M. m. W. 1925, Nr. 29.

Metz, Zum Einfluß der Lues auf die Zwillingsschwangerschaft. Inaug.-Diss., Frankfurt, 1925.

Nathanson, Syphilis und ihre Beziehung zur Schwangerschaft. Surgery, gynaecol. and obstestrics, 1925 sept.

Nürnberger, Zum Problem der luischen Fruchtschädigung. Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 12.

Pouget, Syphilis und Schwangerschaft. Bull. soc. d'obstétr. et gyn. de Paris 1924, Nr. 9, S. 741.

Scheffzeck, Was geschieht zur Bekämpfung der Syphilis? Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1926, Bd. 72, S. 256.

Urech, Beitrag zum Studium der Gestationssyphilis. Schw. med. Wochenschr. 1924, Nr. 4.

Aus den angeführten Arbeiten wäre besonders zu erwähnen, daß Nathanson das Collessche Gesetz weder als bewiesen noch als widerlegt, also noch als „sub iudice" betrachtet. Ferner spielt nach ihm die Lues keine erhebliche Rolle für die Herbeiführung der Fehlgeburt im ersten Schwangerschaftsdrittel, eine geringe noch im zweiten; dagegen die fast einzig ausschlaggebende bei Frühgeburten und Totgeburten, also im letzten Gestationsdrittel.

Bemerkenswert ist der Fall von Metz: Eine luetische Schwangere brachte am Ende des 8. Monats spontan Zwillinge zur Welt, und zwar einen typischen totfaulen foetus maceratus und eine anscheinend gesunde Frucht. Dieses Kind geht drei Monate nach der Geburt an Lues congnita zu Grunde. Es ist anzunehmen, daß die Infektion beide Foeten gleichzeitig ergriffen hat. Immer wieder ein neuer Beweis wie vorsichtig man scheinbar „gesunden" Kindern luetischer Eltern gegenüber sein muß.

Es ist von verschiedenen Seiten angeregt worden, grundsätzlich bei jeder Entbindung etwas vom Nabelschnurblut wie vom Retroplacentarblut zur Anstellung der Wassermannschen Reaktion zu entnehmen, um so gleichzeitig Mutter und Kind der Kontrolle zu unterwerfen. Ein dahingehendes Medizinalgesetz, das auch für Erleichterung der Ausführung selbst unter den schwierigen Verhältnissen der ländlichen Geburtshilfe Sorge trüge, wäre sehr zu begrüßen, um so mehr, als jede Belästigung der Patientin mit Venenpunktion usw., die eine solche Vorschrift rasch unpopulär machen könnte, unterbleibt.

Baer bejaht die Frage der Brauchbarkeit des Retroplacentarblutes für serologische Untersuchungen entgegen Opitz. Er hält es für serologisch mit dem Venenblut identisch. Vorsichtshalber könnte man jedoch gleichzeitig Kontrollreaktion mit Armvenenblut vornehmen.

Baer betont weiter die Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung zur Feststellung einer Osteochondritis syphilitica und die Untersuchung der Frucht, der Placenta und der Eihüllen zwecks Nachweis luetischer Veränderungen.

Von besonderem Interesse ist das spätere Schicksal der Kinder. Syphilitische Mütter können gesunde Kinder gebären:

1. bei latenter, durch Behandlung abgeschwächter Syphilis.
2. Wenn die mütterliche Lues erst während der letzten sechs Schwangerschaftsmonate erworben wurde.
3. Wenn die mütterliche Infektion sehr lange zurückliegt.

Auch nach Baer muß bei syphilitischen Kindern immmer Lues der Mutter angenommen werden.

Scheffzeck, der sich ebenfalls lebhaft für die Bekämpfung der Lues in den Gebäranstalten interessiert, fordert die Übernahme der Kosten auf das Reich.

Die gesetzliche Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten muß jedoch so lange unzulänglichste Stümperarbeit bleiben, als das Reich sich nicht nach dem Vorbilde anderer Länder zu zwei unumgänglich notwendigen Maßnahmen entschließt: Restloses Verbot der Kurpfuscherbehandlung und Zwangsbehandlung unzuverlässiger Kranker. Die erstere Maßnahme hat zurzeit wenig Aussicht auf Verwirklichung, vielmehr besteht die Gefahr, daß der im neuen Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vorgesehene Ausschuß der Kurpfuscher dadurch wirkungslos gemacht werden soll, daß ihnen nur die Behandlung „ansteckender" Krankheiten der Geschlechtsorgane untersagt werden soll — eine Bestimmung, die das ganze Gesetz gegenstandslos zu machen geeignet ist, wie im früheren, durch den Einspruch des Reichsrates zum Fall gebrachten Entwurf die vorgesehene Bestimmung des Verbotes von Geschlechtskrankheiten für Kurpfuscher unter Freigabe von „Krankheiten der Geschlechtsorgane!" — Sowohl die Tschechoslowakei wie Dänemark haben in der letzteren Zeit sehr gute Erfolge mit ihren strengen Gesetzen gehabt, die zwar selbst vor Eingriffen in die persönliche Freiheit nicht zurückschrecken, dafür aber die Lues ganz erheblich zurückgedrängt haben.

In diesem Zusammenhange bedarf einer kurzen Erwähnung das Problem des spontanen, evt. habituellen intrauterinen Fruchttodes ohne nachweisbare Syphilis. Ich möchte hier doch den Hauptton auf das Wort „nachweisbar" legen. Es ist mir zwar ein Fall habituellen Absterbens der Frucht aus eigener Praxis bekannt, in dem es nicht gelang, auch nur den geringsten Nachweis einer Lues zu erbringen. Trotzdem glaube ich auch hier mangels anderweitiger ausreichender Erklärung für das habituelle Absterben der Frucht doch noch an die Möglichkeit einer äußerlich symptomlosen und seronegativen Lues so lange, bis nicht eine Erklärung auf anderer Basis gefunden werden kann.

Hirsch, Frauenerwerbsarbeit und Frauenleiden, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 38, Erg. Heft 1913, weist besonders auf die Bleivergiftung und ihre Bedeutung für den habituellen Abort hin. —

Die Diagnose des intrauterinen Fruchttodes kann bisweilen durch Wahrnehmung von Fäulnisgeruch aus dem Munde der Schwangeren gestützt werden, wie ich in einem Aufsatze „Zur Frage der Geruchsdiagnostik", D. m. W. 1923, Nr. 12, erwähnt habe; ferner hat Ebbenhorst-Tengbergen in „Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde", Jg. 70, 1. Hälfte, die Angabe von Spalding nachgeprüft, daß man im Röntgenbilde eine Überein-

anderschiebung der Schädelknochen beim Fruchttode erkennen kann und sie bestätigt gefunden; allerdings sprechen negative Befunde nicht gegen den Tod der Frucht.

Vgl. auch Mayer, A., Über das intrauterine Absterben übertragener Früchte ohne nachweisbare Ursache. Zbl. f. Gyn. 1924, Nr. 1/2, S. 10. Mayer nimmt wie für das Übertragen, so auch für das Absterben der Frucht innersekretorische Störungen an.

Von den Störungen der Schwangerschaft erwähne ich hier lediglich, ohne auf ihre Würdigung vom sozialhygienischen Standpunkte weiter einzugehen: Hyperemesis (sowohl als Schwangerschaftsneurose, wie als Toxikose) damit das ganze große Gebiet der Schwangerschaftsneurosen, -psychosen und -toxikosen.

Daß es sich bei der Hyperemesis wohl um zwei grundverschiedene Formen handeln dürfte, von denen die eine mehr als Psychoneurose, die andere hingegen als schwere, lebensgefährliche Toxikose aufzufassen ist, wird wohl der gegenwärtigen Auffassung entsprechen. Die erstere Form behandelt z. B. Liegner erfolgreich mit Suggestion und Hypnose, die zweite Aschner mit Aderlässen, Malinin (Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 27) mit Eigenblut. Inwieweit bei den beiden letztgenannten Methoden auch suggestive Faktoren mitwirken, wage ich nicht zu beurteilen, ebensowenig, ob die neurotische Form Übergänge zur toxischen aufweist. Sicher ist, daß bei dem extrem seltenen rein toxischen Formen einzig die Schwangerschaftsunterbrechung lebensrettend wirkt.

Dienst erblickt auch in der toxischen Hyperemesis eine Wirkung des Thrombin bzw. Antithrombin und ungenügende Entgiftung durch Metathrombinbildung. — Es ist also das eigentliche Schwangerschaftstoxin.

Zur Psychotherapie der Hyperemesis vgl.

- Braun, Zur Psychotherapie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 71, H, 5/6.
- Heberer, Psychologie der Schwangerschaft. Zbl. f. Gyn. 1925, S. 377.
- Kritzler-Kosch, Das Verhalten der Hebamme unter dem Gesichtspunkt der seelischen Beeinflussung ihrer Pflegebefohlenen. Z. z. Förd. d. Hebammenwesens 1926, Nr. 8.
- Liegner, Die Anwendung psychischer Behandlungsmethoden in der Gynäkologie. Schl. Ges. f. Vaterl. Kultur 12. 3. 1926 (Klin. Wochenschr.).
- Schmidt, Über seelische Veränderungen bei Schwangeren und ihre Beeinflussung durch Hebammen. Ztschr. z. Förderung des Hebammenwesens 1926, Nr. 4, S. 32 ff.
- v. Wolff, Seelische Behandlung der Hyperemesis. Zbl. f. Gyn. 1924, Nr. 9, S. 964.

Ebenso vermeide ich es, hier auf die Störungen näher einzugehen, die als Folge gewerblicher Arbeit anzusprechen sind und die damit zusammenhängenden Probleme des gewerblichen Schwangerenschutzes. Vielmehr kann ich hier wohl auf die Arbeiten von Max Hirsch verweisen, sowie das Buch von Mayer, „Die Unfallerkrankungen in der Geburtshilfe und Gynäkologie“, Stuttgart, F. Enke 1917. Mayer hat besonders ausführ-

lich dargestellt das Kapitel „Schwangerschaft und Trauma", darunter wieder besonders „Vorzeitige Schwangerschaftsunterbrechung (Abort) und Trauma".

Auf das Abortusproblem hier einzugehen, erübrigt sich aus dem in der Einleitung angedeuteten Grunde. Nur eine einzige Frage möchte ich hier wenigstens kurz streifen, das ist die des psychischen Traumas und seiner Ursächlichkeit für den Abort. Während es bekannt ist, daß der schwangere Uterus physischen Gewaltseinwirkungen gegenüber, bisweilen überraschend tolerant ist* — Mayer berichtet z. B. über einen Fall, wo bei einem Eisenbahnunglück bei schwerverletzten Frauen die Schwangerschaft ungestört weiter ging —, muß bisweilen ein auffallend leichtes Ansprechen auf psychische Reize festgestellt werden. Mayer erwähnt solche Fälle unter Anführung zahlreicher Literaturangaben, wobei er auch mitteilt, daß bei dem von ihm erwähnten Eisenbahnunglück mehrere Frauen aus Schreck abortierten, obgleich sie sich in Wagen befanden, die vom Unglück gar nicht betroffen waren.

Ich habe früher den Angaben über spontane Aborte bei einer gesunden Schwangeren mit größter Skepsis gegenübergestanden. Ich habe es aber selbst erlebt, daß eine Frau, die sich brennend Kinder wünschte und in ständiger Angst vor einem Abortus schwebte, aus Anlaß einer geradezu lächerlich geringfügigen seelischen Erregung abortierte.

Neben den gewerblichen Schädigungen der Schwangerschaft, insbesondere dem Trauma, verdienen besonders eingehendes Studium die Schädigungen auf Grund ungünstigen sozialen Milieus. Hier wäre vor allem das Problem der Hungerschädigung der Schwangeren und ihrer Leibesfrucht zu erwähnen. Es bedarf unbedingt noch exakter Prüfung, ob und inwieweit die Frucht durch die Unterernährung der Schwangeren mitgeschädigt wird, oder bis zu welchem Grade sie imstande ist, sich ohne Schädigung gleichsam als Parasit rücksichtslos auf Kosten der mütterlichen Substanz zu ernähren.

Es erscheint nicht überflüssig, hier darauf hinzuweisen, wie

---

* Über Fälle von erstaunlicher Toleranz des schwangeren Uterus berichten:
Falk, Zbl. für Gyn. 1926 Nr. 11.
Garfunkel, Zbl. für Gyn. 1926 Nr. 36.
Weißenberg, Über fortschreitende Schwangerschaft, trotz zu deren Anfang behufs künstlichen Abortus vorgenommenen Uterusausräumung, sowie über Jodeinspritzungen. Zbl. für Gyn. 1926, Nr. 19.
Es handelt sich in einem Falle um das Weiterbestehen einer Schwangerschaft in doppelt geschwängertem Uterus duplex trotz vorgenommener operativer Unterbrechung der anderen Schwangerschaft.

zwecklos und schädlich es ist, wenn Schwangere die Nahrungsaufnahme einschränken, in der Absicht, dadurch die Frucht kleiner zu erhalten und leichter zu gebären. — Der Erfolg ist meist der, daß die Frucht zwar nicht im geringsten im Wachstum gehemmt, die Schwangere jedoch sehr schwer geschädigt wird.

Die Hungerkrankheiten der Schwangeren selbst, insbesondere das exakte Studium des Hungerstoffwechsels bei gleichzeitiger Schwangerschaft stellen bedeutsame Aufgaben für Physiologen, Gynäkologen und Sozialhygieniker im gleichen Maße dar.

Vgl. Opitz, Über Hungerkrankheiten der Schwangeren (Inanitio graviditatis). Zbl. f. Gyn. 1924, Nr. 1, S. 2.

—, Hungerzustände und Eklampsie. Zbl. f. Gyn. 1924, S. 1882.

Sellheim, Die deutsche Frau der Nachkriegszeit und ihre Erholung. Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 32.

Sellheim schreibt eine vorübergehende Abnahme der Eklampsie während der Kriegszeit der Hungerwirkung zu.

Von Bedeutung ist hier auch die genaue statistische und katamnestische Ermittlung der Entwicklung der „Kriegskinder" insbesondere aus den Hungerjahren.

M. E. wäre es auch eine sehr wichtige Aufgabe zu untersuchen, inwieweit Schädlichkeiten des sozialen Milieus, vor allem schwere körperliche Arbeit und übermäßige Inanspruchnahme der Bauchmuskulatur das Zustandekommen einer Querlage begünstigen. Vergleichbare Werte können für die Statistik natürlich nur gewonnen werden, wenn in jedem Falle die Zahl der vorausgegangenen Geburten berücksichtigt wird; nach der herrschenden Ansicht scheint ja diese neben endogenen Momenten (Uterus arcuatus) für die Entstehung der Querlage bedeutungsvoll zu sein.

Wir haben ferner des Einflusses der richtig geübten Gymnastik auf den Körper der schwangeren Frau zu gedenken. Vgl. die Arbeiten von

Bender, Clara, Ärztliches über weibliche Gymnastik und Körperkultur. Vierteljahrsschrift Deutscher Ärztinnen, 2. Jahrg., H. 4, 1926.

Casper, Hildegard, Schwangerschaft und Leibesübungen. Vjschr. Dt. Ärztinnen, Jahrg. 2, H. 4, 1926.

Gschwendtner, Wirkt der moderne Sport rasseerhaltend oder ertüchtigend? Arch. f. Rassen- und Gesellschaftsbiologie, 17, 170. 1925.

Heckler, Gertrud, Körperkultur der berufstätigen Frau. Vjschr. Dt. Ärztinnen, Jahrg. 2, H. 4, 1926.

Kaboth, Gymnastik und Frauenheilkunde. Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 13, S. 784 ff.

—, Die Bedeutung der Gymnastik für die gesunde und kranke Frau. D. m. W. 1926, Nr. 3, S. 114.

Wiegels, Sport und Leibesübungen der Frau. Zbl. f. Gyn. 1925, S. 2412.

Wiegels, Entwicklung von Sport und Leibesübungen der Frau, ihre prophylaktische und therapeutische Bedeutung für die Gynäkologie. Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 28, S. 1833.

Hier treten soziale Unterschiede zweifellos stark in die Erscheinung. Es liegt ja ohne weiteres auf der Hand, wie viel die Frau, die ihren Körper pflegen kann, in dieser Beziehung vor ihrer weniger glücklichen schwer arbeitenden Schwester voraus hat. Wir werden noch öfter Veranlassung haben, darauf zurückzukommen, daß es eine wichtige Aufgabe der sozialen Hygiene darstellt, die Wohltaten gesunder Gymnastik auch den ärmeren Schichten des Volkes zugänglich zu machen. Wenn man in der Mutterschaft noch immer die bedeutendste Aufgabe der Frau erblickt, so müßte sich eigentlich von selbst als das Ziel der Gymnastik und des Sports beim Weibe ergeben, daß sie sich dieser Aufgabe unterzuordnen haben und lediglich darauf eingestellt sein müssen, die Frau hierfür funktionstüchtiger zu machen; völlig verfehlt ist es hingegen, männliche Leistungen von der Frau zu verlangen oder sie anzuregen, es den Männern gleichtun zu wollen. — Mit erfreulicher Deutlichkeit wird dieser Standpunkt von Sellheim vertreten. Nicht minder bringt die Arbeit von Bender diesen Gedanken klar zum Ausdruck.

Ganz besonders gilt von der Gymnastik der Frau: „est modus in rebus . . .“ — denn die Übertreibungen von Sport und Gymnastik bei der Frau pflegen das Gegenteil einer Förderung der Fortpflanzung zu bewirken. Nach Gschwendtner stehen den günstigen Wirkungen des Sports geradezu erschreckende Wirkungen hinsichtlich des Geburtenrückganges gegenüber.

Von Störungen der Schwangerschaft, die möglicherweise durch soziale („Milieu“) Faktoren beeinflußt sein können, möchte ich hier kurz die Eklampsis erwähnen. (Vgl. die oben erwähnten Arbeiten von Opitz „Hungerkrankheiten der Schwangeren“ und „Hungerzustände und Eklampsie“.) Man versucht ja bisweilen sogar von einer Prophylaxe der Eklampsie zu reden, wobei überwiegend vegetarisch-alkalische Kost eine Rolle spielen soll. Obgleich eine solche Prophylaxe zweifellos ein höchst erstrebenswertes Ziel der generativen Hygiene darstellt, so glaube ich doch, einstweilen bezweifeln zu müssen, daß eine Verhütung der Eklampsie aussichtsreich erscheint, solange wir theoretisch so wenig über das Wesen und die eigentlichen Ursachen dieser Erkrankung wissen. Hoffentlich ändert sich dieses trübe Bild recht bald zum Wohle der Mütter!

Die Theorie der Eklampsieentstehung gehört bekanntlich zu den umstrittensten Gebieten der Pathologie der Schwangerschaft. — Es sei hier nur an die Zangemeistersche Ödemtheorie erinnert, der ein eigentliches Eklampsie-„gift" leugnet und die Wirkungen eines solchen lediglich der Wasserretention zuschreibt.

Erwähnt sei ferner, daß Dienst auch eine Antithrombintheorie der Eklampsie aufgestellt hat, die von berufener Seite für beachtenswert erklärt wird. — Ferner sei die Bemerkung gestattet, daß in der Praxis noch immer nicht genügend Gebrauch von der Dekapsulation der Nieren gemacht wird, die in geeigneten Fällen (wenn Oligo- bzw. Anurie das Krankheitsbild beherrschen) lebensrettend wirken kann. Vgl. Niedermeyer, Lebensrettende Wirkung einseitiger Nierendekapsulation bei eklamptischem Koma. D. m. W. 1923, Nr. 23.

Eine andere Aufgabe, die vielleicht schon in absehbarer Zeit Aussicht auf erfolgreiche Lösung hat, liegt in der Prophylaxe des engen Beckens. Selbstverständlich sind hier die verschiedenen Formen des engen Beckens getrennt zu behandeln. — Es unterliegt keinem Zweifel, daß z. B. das allgemein verengte Becken, sofern es der Ausdruck einer asthenischen bzw. „stenoplastischen" Konstitution (vgl. Galant, Arch. f. Frauenkunde, Bd. XI, 1925) ist, bzw. in Gestalt des „Trichterbeckens" auf Infantilismus beruht, der Prophylaxe schwerer zugänglich ist, als das rhachitisch-platte Becken. Allerdings hat es auch insofern geringere Bedeutung, als ja die Geburt beim allgemein verengten Becken mäßigen Grades bisweilen auffallend leicht vonstatten geht und die Trägerinnen dieser Beckenform häufig auch kleine, zierliche Kinder gebären. Es werden allerdings vom Standpunkt einer strengen Eugenik gerade gegen die Fortpflanzung von Frauen mit asthenischer Konstitution sehr schwere Bedenken erhoben (z. B. Grotjahn, Hygiene der menschlichen Fortpflanzung). In diesem Punkte vermag ich freilich Grotjahn nicht zu folgen, da es nach meinem Empfinden doch nicht angängig ist, körperliche Eigenschaften so überzubewerten, daß man den asthenischen Typus von der Fortpflanzung fernzuhalten strebt. Man darf doch nicht übersehen, daß gerade dieser Typus der Menschheit bedeutende Träger geistigen Kulturgutes beschert hat.

Für den Geburtsverlauf selbst ist weit mehr gefährdet die Frau mit rhachitisch-plattem Becken, bei der das stark vorspringende Promontorium, trotz vielleicht sonst übernormaler Hüftbreite, ein ernstes Geburtshindernis bildet. Es erscheint mir natürlich auch hier völlig abwegig, wenn von rassehygienischer Seite bisweilen behauptet wird, die moderne Geburtshilfe wirke kontraselektorisch, indem sie den Trägerinnen dieser bedenklichen Minusvariante zur Fortpflanzung verhilft und damit diese unerwünschte Eigenschaft für die Vererbung konserviert.

Nun dürfte dieser Gedankengang zum mindesten für das rhachitisch-platte Becken hoffentlich in absehbarer Zeit dadurch gegenstandslos werden, daß es gelingt, die Rhachitis erfolgreich zu bekämpfen und zu verhüten. Es wird ja übereinstimmend von verschiedenen Forschern über eine Abnahme der Rhachitis berichtet. sowohl was die Häufigkeit als die Schwere der Erkrankungen betrifft. Inwieweit dies zutrifft, vermag ich nicht zu entscheiden. Sicher aber dürfte feststehen, daß bei dieser Erkrankung die endogenen Vererbungsfaktoren wohl an Bedeutung zurücktreten hinter den sozialen Milieueinflüssen. Aus diesem Grunde erscheint m. E. die Prophylaxe der Rhachitis und damit die der wichtigsten Form des engen Beckens besonders aussichtsreich. Es bedarf natürlich keiner besonderen Betonung, daß die Prophylaxe des engen Beckens bereits im Säuglingsalter einzusetzen hat, womöglich schon vor der Geburt. Wir haben es hier mit einer besonders wichtigen Aufgabe der Säuglingsfürsorge zu tun, die besonders bei weiblichen Kindern ihr Augenmerk auf die ersten rhachitischen Symptome zu richten hat. — Wir wissen ja, wie sehr geeignete Pflege und Ernährung, u. U. Bestrahlung (Huldschinsky), ja selbst Verabreichung bestrahlter („jecorisierter") Milch neben Zufuhr des „antirhachitischen" Vitamins, die Rhachitis des Kindes günstig zu beeinflussen imstande sind.

Schon rein zahlenmäßig haben nur geringe Bedeutung die spondylolisthetischen, chondrodystrophischen und osteomalacischen Becken. Nur bezüglich der beiden letzteren Formen seien einige Bemerkungen gestattet.

Daß das chondrodystrophische Becken sich, zum mindesten nicht manifest, zu vererben braucht, ist durch einen vielfach erörterten Fall von Veit* erwiesen. Dieser Fall wurde seinerzeit stark ausgenutzt, um gegen die Vererbungslehre und insbesondere gegen die eugenischen Indikationen zu argumentieren. Ich halte es für nicht ganz unbedenklich, mit solchen Beispielen gegen die Vererbungswissenschaft zu operieren** — denn so eindrucksvoll er auch ist, beweist ein Einzelfall noch gar nichts; außerdem kann ja das Merkmal immer noch rezessiv (latent) vererbt sein. Trotzdem würde

* Veit, Eugenik und Gynäkologie, D. m. W. 1914 Nr. 9.

** Vergl. meine Arbeit: Zur Kritik der Rassenhygiene. Fortschr. der Medizin 1926 H. 4. Auch Strohmayer in Placzek: Künstliche Fehlgeburt und künstliche Unfruchtbarkeit; ihre Indikationen, Technik und Rechtslage. G. Thieme, 1918, S. 226, beklagt sich über solches Argumentieren mit Einzelfällen mit dem Worten:

„Mit solchen scheinbar schlagenden Argumenten tastet man doch nur an der äußersten Peripherie des eugenischen Problems herum, wenn man nicht gar sagen will, in irreführender Weise daran vorbei."

ich es auch nicht für richtig halten, lediglich auf Grund chondrodystrophischen Zwergwuchses zu sterilisieren oder gar eine bestehende Schwangerschaft zu unterbrechen.

Noch viel weniger erscheint mir letzteres angebracht bei der Osteomalacie — ein Standpunkt, der freilich bisweilen heftig angegriffen worden ist. (Vgl. C. Bender, Sozialhygienisches zur Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung. Schl. Ges. f. vaterländische Kultur, vgl. Klin. Wochenschr. 1925.) Das Problem der „Hungerosteomalacie" müssen wir als nicht hierher gehörig ausschalten — obgleich natürlich auch hier gesagt werden kann, daß eine durch Nahrungsmangel entstandene Krankheit vermutlich besser durch rechtzeitige Nahrungszufuhr zu heilen sein dürfte, anstatt zur Schwangerschaftsunterbrechung Anlaß zu geben —, vielmehr wollen wir lediglich die endokrin bedingte Osteomalacie ins Auge fassen. — Wir werden bei ruhiger Überlegung doch auch hier zugeben müssen, daß wir, wie z. B. auch bei der Lues in der Schwangerschaft, vor allem die Aufgabe haben, die Krankheit zu heilen, nicht aber die Schwangerschaft zu unterbrechen, ohne daß durch die Unterbrechung der Krankheitsprozeß auch nur im geringsten beeinflußt wird! Daß der heilende Faktor hier die Ovarienentfernung, also die Kastration, ist, mag bedauerlich erscheinen. Wir verfügen aber zurzeit nur über dieses einzige Mittel, das mit einiger Sicherheit die Osteomalacie heilt*. Und aus diesem Grunde sind wir verpflichtet, es anzuwenden. Die Auffassung von C. Bender erscheint sehr human, entspricht aber mehr dem Gefühl als dem gegenwärtigen Stande der Tatsachenerkenntnis.

Wir wenden uns nunmehr einem Problem von der eminentesten Bedeutung für die Fortpflanzungshygiene zu, das ist die Bedeutung des Lebensalters für die Prognose von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Es läßt sich leicht erkennen, daß dieses Problem eng zusammenhängt mit einem der schwierigsten unseres modernen sozialen Lebens: dem der Frühehe. Es wird ja immer wieder darauf hingewiesen, wie bedeutsam die Frühehe vom Standpunkt der sozialen und der Rassehygiene ist — man denke bloß an ihre Bedeutung für die Verhütung von Geschlechtskrankheiten und kriminellem Abort! — Trotzdem ist der ganze Aufbau unseres gegenwärtigen gesellschaftlichen Lebens nicht geeignet, die Frühehe zu begünstigen, und

* Scipiades berichtet zwar im Zbl. für Gyn. 1924, S. 1885 über einen durch Thymusimplantation geheilten Fall, doch dürfte zu einer solchen nur ausnahmsweise Gelegenheit sein.



zwar am allerwenigsten in den Kreisen, die als die rassisch wertvollsten bezeichnet zu werden pflegen. Die Hemmnisse gegen die Frühehe sind gerade in den verantwortungsbewußten Volksschichten besonders groß, während man viele Frühehen, denen die nötigen Voraussetzungen für eine gesunde Kinderaufzucht fehlen, nur mit gemischten Gefühlen betrachten kann. Gerade also die strebsamen, schaffenden, geistig hochstehenden Schichten kommen spät zur Ehe und werden schon allein dadurch, wenn nicht durch anderweitige Erwägungen, an einer vollen Auswirkung ihrer natürlichen Fruchtbarkeit gehindert. Daß dieser Vorgang natürlich im höchsten Grade dysgenisch wirkt, ist von Schallmayer, Lenz, Grotjahn, Hirsch u. a. m. immer wieder mit Recht betont worden*. Aber noch in anderer Beziehung äußert sich diese dysgenische Wirkung: In der Verschlechterung der Geburtsprognose, die besonders dann für die Allgemeinheit nicht mehr gleichgültig sein kann, wenn durch die Berufstätigkeit der Frauen die Zahl der „alten Erstgebärenden" eine bedenkliche Zunahme erfährt.

So berichtet Opitz in einer bereits erwähnten Arbeit „Über Wandlungen in der Gynäkologie und an den Kranken" (Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 14, S. 928 ff.) über eine bedeutende Zunahme alter Erstgebärender, im Zusammenhange damit eine Häufung der Spätgeburten, Verzögerung des Klimakteriums. Die Ursache erblickt er in der Berufstätigkeit der Frauen und der Veränderung der sozialen Verhältnisse.

So wenig, wie es nun z. B. erwünscht sein kann, wenn abnorm junge Mädchen Kinder gebären (es werden Geburten von zwölf- und dreizehnjährigen Mädchen jetzt öfter mitgeteilt; die jüngste „Mutter" soll m. W. mit zehn Jahren beobachtet worden sein!), so pflegt wenigstens übereinstimmend berichtet zu werden, daß die jugendliche Elastizität des Körpers gerade in diesen Fällen eine erstaunlich leichte Geburt bewirkt. Von der moralischen Reife zur Mutterschaft wollen wir natürlich in diesen Fällen gänzlich absehen**!

Anderseits ist es bereits jedem Studenten der Geburtshilfe geläufig, wie sehr die „alten Erstgebärenden" durch die Rigidität ihrer Weichteile gefährdet sind.

Mit Recht sagt daher Jaroschka („Der Verlauf der Erstgeburt in höherem Lebensalter", Med. Klinik 1926, Nr. 12): „Die

* Zur Frage des optimalen Heiratsalters vergl. Hirsch, Fruchtabtreibung und Präventivverkehr usw. S. 27 ff., S. 65, S 246.

** Vergl. Pfeffer, in: „Die neue Generation."

Prognose der Geburt wird mit zunehmendem Alter immer schlechter."

Remmelts, Konstitution und erste Geburt im späteren Alter (Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 10, S. 613) bringt eine Tabelle über mittlere Geburtsdauer, Zahl der Zangenentbindungen, Albuminurien und Eklampsien nach Alter und Ehejahren. Er betont, daß man einen Unterschied machen muß zwischen alten Erstgebärenden, die erst spät heiraten und dann bald schwanger werden und solchen, die nach langer Ehe erst spät konzipieren. Remmelts neigt zur Annahme, daß weniger das Alter als die Konstitution das Ausschlaggebende ist.

Lundh, Bemerkungen zum Aufsatze Dr. Remmelts, Konstitution und erste Geburt im späteren Alter. Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 24, S. 1582.

—, On the problem of age and primiparity. Acta obstetricia et gynaecologica Scandinaviae 1926 Suppl.

Meyer, L., Arch. mensuel d'obstetr. 1916.

Lundh kommt auch zum Ergebnis, daß bezüglich der schweren Zangenentbindungen, Albuminurien und Eklampsien die länger verheiratet gewesenen alten Erstgebärenden eine ungünstigere Statistik aufweisen.

Abgesehen von der Häufigkeit und Schwere des Geburtstraumas werden u. a. folgende Schädigungen bei Erstgeburt in höherem Lebensalter berichtet: Anomalien der austreibenden Kräfte, vorzeitiger Blasensprung, vorzeitige Placentarlösung, Nachgeburtsstörungen, besonders Placenta retenta, Atonien des Uterus, Störungen der puerperalen Involution u. a. m., ganz zu schweigen von der größeren Häufigkeit und Schwere operativer geburtshilflicher Eingriffe.

Man kann sich zweifellos dem Eindrucke nicht entziehen, daß hierin eine bedenkliche dysgenische Wirkung sowohl der weiblichen Erwerbsarbeit, wie auch der sozialen Verhältnisse, die dem Manne die Frühehe verbieten, erblickt werden muß.

Schließlich hätten wir noch mit einigen Worten der Wirkung der Schwangerschaft auf die Entstehung und das Wachstum maligner Geschwülste zu gedenken. Die „Verjugendlichung" des weiblichen Körpers in der Schwangerschaft (Sellheim) ist wohl als ausschlaggebendes Moment für die Wachstumsförderung „jugendlicher" („Meristem"-) Zellen anzusehen, wie wir sie in der Tumorzelle vor uns haben. Daß hierbei alte Erstgebärende besonders gefährdet sind, wenn sie sich im „karzinomfähigen Alter" befinden, bedarf keiner Erwähnung. —

Vgl. O. Küstner, Lehrbuch S. 306, „Das ohnehin so schwere Leiden wird durch Zusammentreffen mit Schwangerschaft in funester Weise kompliziert."

Lederer, Einfluß der Schwangerschaft auf Wachsen und Rezidivieren maligner Geschwülste. Zbl. f. Gyn. 1924, S. 1289.

So lehrt uns auch die soziale Pathologie der Schwangerschaft, daß die Schwangerschaft sich

als Prüfstein der Gesundheit in jeder Beziehung bewährt. (Vgl. Bumm, Grundriß zum Studium der Geburtshilfe, 9. Auflage, 1913, J. F. Bergmann, S. 126.)

Die Digesten (21. 1. 14. 1.) geben schon diesem Gedanken Ausdruck mit den Worten: „Sie mulier praegnans venierit, inter omnes convenit, sanam eam esse; maximum enim ac praecipuum munus feminarum est accipere et tueri conceptum." — Nicht aber allein für die Gesundheit der Schwangeren als Einzelwesen erweist sich die Schwangerschaft als Prüfstein, sondern in vielleicht noch höherem Grade für die Gesundheit der sozialen Lebensverhältnisse, die die nähere Umwelt des Einzelwesens ausmachen und für die Gesundheit der Gesamtstruktur eines Volksorganismus.

Bevor wir uns unserer nächsten Aufgabe, den sozialen Problemen der eigentlichen geburtshelferischen Tätigkeit und der sozialen Pathologie der Geburt zuwenden, haben wir noch eine sehr bedeutungsvolle Frage zu erörtern, die der mehrfachen Schwangerschaft bzw. mehrfachen Geburt.

Deren soziale Bedeutung kann nicht etwa lediglich darin erblickt werden, daß in Fällen mehrfacher Geburt die wirtschaftliche Lage der Familie besonders stark und in meist unvorhergesehener Weise beeinflußt wird*. Auch nicht darin allein, daß Zwillinge und Mehrlingskinder wegen ihrer oft sehr schwächlichen Konstitution in besonders hohem Grade an der Morbidität und Mortalität der Säuglinge teilnehmen, und daher ganz besondere Aufmerksamkeit seitens der Fürsorgeorgane bedürfen, — um so mehr als oft die Eltern in der Aufzucht solcher Kinder eine bedenkliche Gleichgültigkeit an den Tag legen. Damit allein aber ist die Bedeutung der Mehrlingsgeburt für die soziale Hygiene nicht erschöpft**. Vielmehr erfordert sie in noch höherem Maße als bisher die Aufmerksamkeit aller, die Interesse an Fragen der Vererbung haben, und die Gesamtheit der praktischen Geburtshelfer wäre berufen, an dieser Aufgabe mitzuarbeiten. Schon die Frage der Vererbbarkeit der Zwillingsschwangerschaft an sich — die Tatsache darf ja wohl als feststehend angesehen werden — ist noch lange nicht an einem genügend großen Material nach allen Richtungen

* Auch hier erscheinen Methoden für die Verbesserung der Frühdiagnose der Zwillingsschwangerschaft sehr notwendig. Die Röntgenmethode steht in der Praxis nur selten zur Verfügung. Es ist mir übrigens ein Fall bekannt geworden, in dem auch sie versagte, weil die Schwangere es nicht vertrug, sich auf den Leib zu legen und nur eine seitliche Aufnahme möglich war.

** Vergl. auch Kiffner, Die Entstehungsursachen und die eugenetische Bedeutung der Mehrgeburt. Arch. für Frauenkunde, Bd 10, 1924.

hin durchforscht, da fast das gesamte große geburtshilfliche Material außerhalb der großen staatlichen Kliniken als für die Forschung verloren bezeichnet werden muß. Durch obligatorische Ausfüllung von Fragebogen, die in jedem Falle von Mehrlingsgeburt bei der Geburtsanmeldung seitens des Standesbeamten dem Arzt vorgelegt werden müßten, ließe sich viel wertvolles Material für die Forschung retten. Es wäre hierbei zu erwägen, in welcher Weise es den Hebammen noch wirksamer als bisher zur Pflicht gemacht werden könnte, bei jeder mehrfachen Geburt einen Arzt zuzuziehen. § 394 des Hebammenlehrbuches (Ausgabe 1920) bestimmt: „Glaubt oder vermutet die Hebamme eine Zwillingsgeburt vor sich zu haben, so muß ein Arzt die Leitung der Geburt übernehmen. Entdeckt sie erst nach der Geburt des ersten Kindes das zweite, so ist auch jetzt ärztliche Hilfe zu erbitten."

Man muß bei einer solchen Bestimmung damit rechnen, daß die Hebammen bisweilen geneigt sein werden, sie zu umgehen, indem sie sich damit entschuldigen, sie hätten die Zwillingsgeburt nicht rechtzeitig erkannt und nachher wäre infolge der raschen Geburt des zweiten Kindes die Zuziehung des Arztes zwecklos gewesen. Es kommt aber m. E. gar nicht so sehr darauf an, daß der Arzt die Geburt als solche unbedingt leitet, wozu ja bei spontanem Verlauf gar kein Anlaß vorliegt, sondern die Hauptsache ist, daß der Arzt auch nach spontaner Zwillingsgeburt Placenta und Eihäute besichtigt und evt. Abweichungen von der Norm am Körper des Kindes sofort feststellt. Wir haben doch ohne solche Besichtigung bei gleichgeschlechtigen Zwillingen nicht den geringsten Anhaltspunkt dafür, ob es sich um ein- oder zweieiige Zwillinge handelt. Nun weist Grotjahn mit Recht darauf hin, daß die Physiologie und Pathologie gerade von eineiigen Zwillingen geeignet ist, die wichtigsten Fragen der Vererbung und der sozialen Umwelteinflüsse lösen zu helfen. Es liegt auf der Hand, daß selten bei zwei Menschen die Erbmassen so weitgehende Übereinstimmung aufweisen werden, wie bei eineiigen Zwillingen. Grotjahn folgert daraus, daß Unterschiede zwischen beiden im Laufe des individuellen Lebens, vor allem bezüglich der Morbidität, in erster Linie auf dem Einflusse von Umweltfaktoren beruhen müssen. Er fordert daher auf, die „Zwillingspathologie" zum Gegenstande besonders eingehender Studien zu machen. Die Geburt eineiiger Zwillinge müßte nach seiner Ansicht meldepflichtig gemacht und ihr weiteres Lebensschicksal seitens der Behörden, die für Bevölkerungspolitik zuständig sind, besonders genau überwacht wer-

den. Vgl. Grotjahn, S. 172: „Die Zwillingsforschung gewährt also die seltene Gelegenheit, Anlagebedingtheit und Umwelteinfluß zu trennen. Man sollte geradezu die Geburt homologer Zwillinge für Hebammen und Ärzte meldepflichtig machen."

Literatur.

H. W. Siemens, Die Zwillingspathologie. Berlin 1924; daselbst auch Literaturverzeichnis.

Poll, Über Zwillingsforschung als Hilfsmittel menschlicher Erbkunde. Ztschr. f. Ethnologie 1914 Nr. 46.

Siemens empfiehlt die gesammelten Befunde in „Zwillingsarchiven" niederzulegen. — Ferner:

Murray, Zwillinge in Gesundheit und Krankheit (Lancet 1925 vol. 1 no. 11).

Leven, Beobachtungen an Zwillingen. D. m. W. 1925. 15.

Murray bringt interessantes Material aus Geschichte, Literatur und Beobachtungen über Ähnlichkeiten:

1. anatomischer Art
2. geistige Fähigkeiten
3. Carriere
4. erbliche Fehler
5. körperliche und geistige Krankheiten
6. gleichzeitige Erkrankungen an gleichen und ähnlichen Krankheiten.

Die große Bedeutung dieser Anregungen dürfte kaum verkannt werden können. Hoffentlich steht ihre Verwirklichung in absehbarer Zeit bevor. —

Der Gesundheitspersonalbogen für Zwillinge usw. würde außerdem als ein Vorläufer des von Grotjahn erstrebten allgemeinen „Gesundheitspasses" bedeutungsvoll sein*.

Wenn wir uns nun mit der eigentlichen praktischen Geburtshilfe im Lichte der sozialen und generativen Hygiene beschäftigen, so muß vorweg bemerkt werden, daß die in Frage kommenden ärztlichen Eingriffe für unsere Zwecke nicht nach dem herkömmlichen Einteilungsschema behandelt werden können, je nachdem es sich um Eingriffe in der Vorbereitungs-, der Austreibungs- und der Nachgeburts-Periode handelt. Vielmehr müssen hier Eingriffe, die ganz verschiedenen Geburtsperioden angehören, wie z. B. künstliche Frühgeburt und Perforation unter gleichen Gesichtspunkten besprochen werden. —

Was zunächst die Frage der Schmerzausschaltung

* Daß gegen letzteren eingewandt wird, er stelle eine gesundheitliche Bevormundung des Staatsbürgers „von der Wiege bis zur Bahre" dar, soll gerne zugegeben werden. Ob die Vorteile einer solchen Einrichtung die befürchteten Nachteile überwiegen, ist ohne praktische Erfahrung schwer zu entscheiden.

bei der Geburt betrifft, so kann es auch für diese keinem Zweifel unterliegen, daß sie große Bedeutung besitzt. Ich habe hierbei nicht so sehr die Schmerzausschaltung bei größeren operativen Eingriffen im Auge, als vielmehr bei Spontangeburten. Bei den ersteren ist ja die Ausschaltung des Schmerzes für den ordentlichen Geburtshelfer gar keine Frage, es ist höchstens für ihn die Methode allenfalls strittig. Es ist m. E. direkt ein ganz grober Kunstfehler — abgesehen von der darin liegenden Gemütsroheit und Mißachtung der Kreißenden —, wenn man eine Wendung anders als in tiefer Narkose vornimmt, denn hier hängt ja das Gelingen der Operation selbst von der völligen Entspannung ab. — Auch bei allen anderen geburtshilflichen Operationen sollte eigentlich die Narkose selbstverständlich sein; ich lasse es vielleicht dahingestellt, ob es am Platze ist, kleine Dammrisse in örtlicher Betäubung zu nähen, denn ehe die hierzu nötigen Einstiche gemacht sind, ist auch die Naht mit nicht größerer Schmerzhaftigkeit vollendet, und die Prognose der Wundheilung wird doch sicher nicht durch die Einspritzung verbessert. — In allen diesen Fällen handelt es sich jedoch darum, den Schmerz des Eingriffes der Kreißenden zu ersparen. Etwas hiervon grundsätzlich Verschiedenes ist es jedoch, wenn man auf dem Standpunkt steht, der Frau auch den physiologischen Schmerz der normalen Spontangeburt ersparen zu wollen.

Bei der Erörterung dieser Frage sind bisweilen mit einer auffallenden Gefühlsbetontheit Gesichtspunkte hineingetragen worden, die eigentlich völlig außerhalb der Aufgaben des Arztes liegen. Man hat es für nötig gehalten, sich auf das Bibelwort zu berufen: „Unter Schmerzen sollst du gebären“, hat von einer sittlichen Degeneration und Dekadenz der Frauen gesprochen, die nicht mehr bereit sind, die von der Natur gewollten Schmerzen der Mutterschaft auf sich zu nehmen; man glaubte sogar ein Abnehmen der Mutterliebe bei Frauen befürchten zu müssen, die den Geburtsschmerz scheuen und sagte, eine solche Frau verdiene überhaupt nicht, Mutter zu werden, u. a. m. Vgl. die ausführliche Darstellung dieses Problems bei Hirsch, Fruchtabtreibung und Präventivverkehr im Zusammenhange mit dem Geburtenrückgang. Eine medizinische, juristische und sozialpolitische Betrachtung. C. Kabitzsch, Würzburg 1914 (Kap. 10, Die schmerzlose Geburt).

Es sind dies zweifellos alles Gedankengänge, die Beachtung verdienen, und sicherlich vermag man, wie dies auch Bumm in seinem Lehrbuche (9. Auflage, S. 229) ausführt, aus dem psychischen

Verhalten der Frau auf dem Kreißbette manche Schlüsse auf ihre ganze Wesensart zu ziehen.

Zweifellos geht man viel zu weit, wenn man die Forderung erhebt, es solle grundsätzlich bei jeder Geburt der Geburtsschmerz ausgeschaltet werden.

Ich verkenne anderseits nicht das Bedenkliche der Entwicklung einer „Klassengeburtshilfe“, wenn in der „praxis aurea“ alle nur erdenklichen Methoden angewandt werden — von der Narkose à la reine angefangen und dem Skopolamin-Dämmerschlaf bis zur „synergetischen Narkose“ (Gwathmey) und dem Pantopon-Somnifen-Dämmerschlaf, der neuerdings warm empfohlen wird —, während vielleicht ein grober Geburtshelfer bei der Landarbeitersfrau ohne Narkose die Perforation des lebenden Kindes ausführt!

Hier wäre, soweit als möglich, ein gerechter sozialer Ausgleich in der Tat erstrebenswert!

Ein beachtenswerter Einwand gegen die Verallgemeinerung dieser Methoden (bei Spontangeburten!) ist der, das Kind könne dabei Schaden leiden und insbesondere asphyktisch zur Welt kommen. Es ist m. E. eine sehr wichtige Aufgabe, auf Grund eines großen zahlenmäßigen Materials uns darüber zuverlässigere Kenntnisse zu vermitteln, als es bisher der Fall ist. Diese Frage muß für die einzelnen Methoden der geburtshilflichen Schmerzausschaltung unbedingt völlig aufgeklärt werden. Es hat leider jede Methode ihre Freunde und Gegner, und die innere Einstellung derselben steht der Erzielung gleichwertiger Statistiken hindernd im Wege.

Ein eifriger Befürworter einer möglichst weitherzig geübten Schmerzausschaltung ist M. Hirsch. Auch Grotjahn dürfte dazu gehören, der ja in seinen Forderungen zur „Entbarbarisierung des Frauenlebens“ sogar künstliche Defloration und grundsätzliche Anstaltsgeburtshilfe wenigstens für Erstgebärende verlangt. Die grundsätzlichen Gegner der Schmerzausschaltung werden unter den wissenschaftlichen Gynäkologen kaum noch zu finden sein.

Ich möchte insofern einen vermittelnden Standpunkt einnehmen, als ich bei jeder gesunden Frau es zunächst für angebracht halte, daß sie sich dem bewußten Miterleben des Geburtsvorganges nicht entzieht, sofern nicht zwingende Gründe hierzu vorliegen. Wenn aber eine zarte und psychisch labile Frau unter der Angst vor den Geburtsschmerzen leidet, so dürfte man doch wohl kaum eine allzu

weichliche „falsche Humanität“ darin erblicken, wenn man die Konzession einer leichten Narkose macht. Es handelt sich hierbei ja schließlich um die Hebung der Gebärfreudigkeit. Man darf nicht verkennen, daß es doch eine ganze Anzahl von Frauen gibt, bei denen die Furcht vor dem Geburtsschmerz eine große Rolle spielt bei dem Wunsche, keine Kinder zu bekommen. Wenn auch deren Zahl dank dem starken natürlichen Muttertriebe zu gering ist, um eine entscheidende Rolle beim Geburtenrückgange zu spielen, so verdient doch dieses Motiv heutzutage eine gewisse Berücksichtigung, um es, soweit als möglich, unter den Faktoren des Geburtenrückganges auszuschalten. Es bleibt dabei jedem unbenommen, über die Frauen, die die Schmerzen der Geburt scheuen, zu urteilen, wie er es für richtig hält. Nur dürfen solche sittliche Werturteile unser ärztliches Handeln in keiner Weise beeinflussen.

Der gegenwärtige Stand der Technik der Schmerzausschaltung in der Geburt ist vortrefflich dargestellt in einem Aufsatze von Pankow, Die Schmerzlinderung in der Geburtshilfe. D. m. W. 1926 Nr. 38/39.

Pankow bespricht unter Berücksichtigung der Wirkungen auf Mutter und Kind folgende Methoden: Chloräthylrausch, Lumbalanästhenie, tiefe und hohe Sacralanästhenie, Narcose à la reine, Hypnose, Scopolamin-Morphin-Dämmerschlaf (Individualisierende und schematische Methode), synergetische Narkose nach Gwathmey, Somnifen-Dämmerschlaf.

Für die aussichtsreichste, in ihrer gegenwärtigen Form für den Praktiker allerdings noch nicht geeignete Methode hält er die Narcylenbetäubung. —

Sehr beachtenswert ist Pankows Bemerkung, daß die Frauen der Gegenwart anscheinend viel mehr unter dem Geburtsschmerz körperlich und seelisch leiden als in den früheren Zeiten. Der subjektive Einfluß der verminderten Gebärfreudigkeit dürfte m. E. hier unverkennbar sein, allerdings auch der objektive Einfluß einer gewissen Degeneration.

Eine weitere Frage ist die der geburtshilflichen inneren Untersuchung der Kreißenden. Seit Semmelweis ist die hohe Bedeutung dieses Problems für die soziale Hygiene erkannt — trotzdem sind die Akten darüber noch lange nicht geschlossen. Das Problem kompliziert sich durch seine Verquickung mit den Fragen der Asepsis in der Geburtshilfe, der Verhütung des Wochenbettfiebers und der beruflichen Ausbildung der Ärzte und Hebammen. Wir haben hier insbesondere die Streitfrage zu erwähnen, die seit Jahren zu keinem restlos befriedigenden Abschluß gekommen ist: Vaginale oder rectale Untersuchung während der Geburt.

Selbstverständlich werden wir mit aller Entschiedenheit für eine Einschränkung der inneren Untersuchung überhaupt eintreten. Ohne zwingenden Grund sollte eine solche überhaupt nicht vorge-

nommen werden. Wir müssen in anderem Zusammenhange auf dieses Problem nochmals zurückkommen (siehe Kapitel 3).

Bei der enormen Bedeutung von Descensus und Prolaps für die Erwerbsfähigkeit der Frauen ist es ferner sehr wichtig, bei dieser Gelegenheit auf die Verhütung dieser Zustände zu sprechen zu kommen. Die Prophylaxe des Descensus hat vor allen Dingen vor der Geburt einzusetzen. Sellheim (Hygiene und Diätetik) bemerkt Seite 270 sehr treffend:

„Gute Geburtshilfe ist imstande, einem großen Teil der Gynäkologie den Boden abzugraben."

Schon ein guter Dammschutz kann viel Unheil verhüten. Reicht er aber nicht aus, so ist nichts verderblicher, als wenn bei „kleinen" Rissen Hebamme oder Arzt die Naht nicht für erforderlich halten. Gerade die „kleinen" Risse sind oft die gefährlichsten in dieser Beziehung. Ganz abgesehen davon, daß die Hebamme nie beurteilen kann, wie tief die innere Verletzung der Scheide und des Beckenbodens ist, die sich hinter der scheinbar kleinen Dammwunde verbirgt, wird leider noch viel zu wenig beachtet, daß selbst ein leichtes Auseinanderweichen der hinteren Kommissur genügt, um allmählich zum Prolaps zu führen. Der Beckenboden hat dem intraabdominalen Druck gegenüber seinen Halt verloren. Es muß daher jeder auch der kleinste sub partu entstandene Riß genäht werden. Wir sind noch weit entfernt davon, daß dies in der Praxis geschieht*. Nicht nur eine große Zahl von Hebammen, auch ein Teil der Ärzte verstößt gegen die Forderung, daß auch die kleinsten Risse genäht werden müssen.

Ein großer Teil der in der Praxis geübten geburtshilflichen Operationen kann vor dem Forum strenger Wissenschaft kaum bestehen. Es handelt sich hier vor allem um die Zangeneingriffe zur rascheren Beendigung der Geburt. Wir müssen hier gestehen, daß die Erfüllung der „idealen Forderung" der Wissenschaft oft an der tatsächlichen Unmöglichkeit ihrer Durchführung in der Praxis scheitert. Trotzdem müssen wir uns der Bedenklichkeit des Abweichens von den Lehren der Wissenschaft in jedem Falle bewußt sein.

Pankow (siehe oben) bemerkt hierzu: Die „Erlösungszange" wird häufig ausgeführt, nicht um die Frau, sondern um den Ge-

* § 213 Heb.-Lehrbuch: „. . . . Bei jedem Dammriß ist ein Arzt zuzuziehen." (Im Original fett gedruckt!)

burtshelfer zu erlösen. Indikation: Zeitmangel; Folgen: oft weite Narbenbildungen, Narbenschmerzen, Senkungen, Vorfälle. „Der Vorteil einer nur nach Stunden zählenden Geburtsabkürzung wiegt nicht entfernt die Schäden auf.“

Mir ist ein Fall bekannt, wo ein Geburtshelfer aus der Stadt aufs Land kam, unmittelbar nach der erfolgten Geburt des Kindes sagte: „In zehn Minuten geht mein Zug“ — die Placenta mit aller Gewalt exprimierte und die Frau ihrem Schicksal überließ.

Derartige Fälle gereichen der Geburtshilfe nicht zum Ruhme!

Wir haben ferner daran zu erinnern, daß in der Austreibungsperiode sehr häufig Weichteilwiderstände den normalen Ablauf der Geburt stören. Dem wird in der Praxis wenig Rechnung getragen. So manche Beckenausgangszange wegen „sekundärer Wehenschwäche“, die nachher zum kompletten Dammriß führt, verdient andere Beurteilung! Es ist das Verdienst von Dührssen, als Erster darauf hingewiesen und die Scheidendamminzisionen zur Überwindung der Weichteilschwierigkeiten eingeführt zu haben. Der nach Schuchardt benannte Hilfsschnitt verdankt wohl zum größten Teil den Ideen Dührssens sein Dasein. Es ist ferner der Bedeutung der Weichteilschwierigkeiten für die kindliche Asphyxie zu gedenken, die bisweilen durch einfache Scheiden-Dammspaltung verhütet werden kann. Nach Dührssen ist der Schnitt auch besonders geeignet bei Steißlagen Erstgebärender.

An wichtigen neueren Arbeiten sind hier zu nennen:

Bucura, Scheiden-Dammspaltung zur Verhütung von Prolapsen. Zbl. f. Gyn. 1926 Nr. 21, S. 1378.

Dührssen, Die neue Geburtshilfe. Ihre Beziehungen zum Staat und zu der Bevölkerungspolitik. 1913 Ritterverlag Berlin W 30. Daselbst auch Literatur-Verzeichnis.

Henkel, Etwas über Dammrisse und ihre Beziehungen zum Prolaps. D. m. W. 1926 Nr. 17.

—, Die mediane tiefe Scheiden-Dammspaltung zur Verhütung des Prolapses. Zbl. f. Gyn. 1926 Nr. 13, S. 769 ff.

Rieck, Der Schuchardtschnitt in der Geburtshilfe. Zbl. f. Gyn. 1926 Nr. 13, S. 773 ff.

Henkel behandelt zuächst die wichtige Frage, ob beim Dammriß die Konstitution oder das Geburtstrauma die ursächlich bedeutsamere Rolle spielt. Er beschuldigt zum größten Teil die Länge der Austreibungsperiode für schwere, z. T. irreparable Gewebeschädigungen am Beckenboden und somit für die Entstehung eines Prolapses. Prophylaktisch wird daher möglichste Abkürzung der Austreibungsperiode empfohlen, aber nicht durch Zange, sondern durch Scheidendammspaltung.

Brandes („Ist sekundäre Dammnaht empfehlenswert?“ Zbl. f. Gyn. 1926 Nr. 22, S. 1459.) tritt warm für „sekundäre Dammnaht“ ein, falls der Damm nicht per primam heilt. Er will damit ausgezeichnete Erfolge in der Verhütung des Prolapses haben, und rät, nicht erst abzuwarten, bis sich Descensus einstellt, wie dies Stoeckel empfohlen haben soll.

In gleicher Weise, wie die Verhütung des Prolapses muß die Verhütung der Entstehung von Blasenscheidenfisteln den Geburtshelfer interessieren.

Es ist vor allem an den fundamentalen Satz von Otto Küstner (Lehrbuch S. 437) zu erinnern:

„Es sind nicht Fehler auf dem Gebiete der geburtshilflichen Kunst, durch welche das Gros der Blasenscheidenfisteln zustande kommt, sondern das Fehlen geburtshilflicher Kunst im kritischen Momente." Seite 438: „Die Fisteln kommen daher vorwiegend in Gegenden vor, wo Ärzte und Hebammen fehlen oder selten und schwer zu haben sind."

Es ist also zum Teil eine Frage der Organisation und der ausreichenden Versorgung des flachen Landes mit Ärzten und Hebammen, um die es sich hier handelt. Zurzeit dürften in Deutschland wohl am ehesten noch in Ostpreußen die angedeuteten Verhältnisse bestehen. In Rußland und Polen, noch mehr in den Balkanländern dürften die schweren Blasenscheidefisteln häufiger sein als bei uns. —

Die engen Beziehungen der Geburtshilfe zur Bevölkerungspolitik treten immer deutlicher hervor. Von der Literatur über die Probleme der wechselseitigen Beziehungen dieser Gebiete untereinander, bzw. der Fortpflanzungshygiene erwähne ich neben dem bereits genannten Werke von Dührssen, dem leider trotz seines hohen Wertes der schwere Fehler durchaus mangelnder Objektivität und z. T. sogar unerquicklichster Polemik anhaftet, folgende:

Döderlein, Geburtshilfliche Kriegsprobleme, M. m. W. 1916, S. 914.

v. Franqué, Geburtenrückgang, Arzt und Geburtshelfer. Würzburger Abhandlungen. C. Kabitzsch 1916.

v. Jaschke, Unsere Aufgaben in der Bevölkerungspolitik. Zbl. f. Gyn. 1907 Nr. 3.

Sellheim, Unglücksfall, Fahrlässigkeit und Unfähigkeit in der Geburtshilfe. Zbl. f. Gyn. 1926 Nr. 1.

Winter, Unsere Aufgabe in der Bevölkerungspolitik. Zbl. f. Gyn. 1907 Nr. 1.

Ferner enthalten zahlreiche Arbeiten von Hirsch Hinweise auf diese Probleme.

Eine der bedeutsamsten Fragen, die uns hier zu beschäftigen haben, ist die der Geburt bei engem Becken im Lichte der sozialen Hygiene und Bevölkerungspolitik.

Von der Bedeutung des engen Beckens für die Eugenik ist bereits Seite 82 die Rede gewesen. Hier handelt es sich nunmehr darum, wie sich die praktische Geburtshilfe gegenüber den Forderungen der sozialen Hygiene zu verhalten hat. Es gilt, die für sie maßgebenden Normen daraufhin zu revidieren, ob sie nicht allein den Interessen des Individuums, sondern auch denen der Gesamtheit genügend Rechnung tragen. Eigentlich müßte diese Frage-

stellung die gesamte Geburtshilfe beherrschen; nirgends aber tritt das Problem so klar zutage, wie in der Therapie des engen Beckens.

Die ideale Forderung müßte zu allen Zeiten die gleiche sein: Es darf keine Mutter und kein Kind verloren gehen. Die Wirklichkeit findet bisweilen einen unlösbaren Gegensatz zwischen mütterlichem und kindlichem Interesse vor. In der älteren Geburtshilfe war dieser Gegensatz noch schärfer ausgeprägt, es hieß also: entweder die Mutter oder das Kind zu opfern*. Der Kaiserschnitt kam fast dem sicheren Verlust der Mutter gleich — „das Blut der Hekatomben klebte an dieser Operation" (Küstner), die daher gleichmäßig in allen Kreisen gefürchtet war. Der andere Ausweg war nur die Perforation — über deren rechtliche und sittliche Rechtfertigung Bände geschrieben sind, und die bevölkerungspolitisch darin ihre Rechtfertigung fand, daß man sagte: Besser ein Leben — noch dazu ein problematisches — aufgeopfert, als deren zwei; bedeutete der Verlust des Kindes für die Allgemeinheit nur ein „lucrum cessans", so war der der Mutter ein empfindliches „damnum emergens". (Vgl. Radbruch, Geburtshilfe und Strafrecht 1907), ferner: Vgl. Darst. des in- und ausl. Strafrechts, Bes. Teil, Bd. V).

Wir dürfen aber nicht verkennen, daß wir dank der Entwicklung der „Schnittentbindung" zur fast lebenssicheren Operation, deren Mortalität die mütterliche Mortalität bei der bisherigen Behandlung des engen Beckens bei weitem nicht erreicht, dem oben aufgestellten Idealziele: keine Mutter und kein Kind zu verlieren, erheblich näher gekommen sind. Man hat es für nötig gehalten, dies schon dadurch zum Ausdruck zu bringen, daß man das Wort „Kaiserschnitt" durch „Schnittentbindung" ersetzt, um so die inneren Widerstände der Frauen gegen das Wort „Kaiserschnitt" leichter überwinden zu helfen**. Ob dies unbedingt nötig ist, sei dahingestellt. Die Menschen haben sich auch daran gewöhnt, die Diagnose „Tuberkulose" zu ertragen, seit sie wissen, daß sie kein Todesurteil mehr bedeutet; warum sollten sie sich nicht ebenso daran gewöhnen, dem traditionellen Worte „Kaiserschnitt" nicht gleichermaßen größeres Vertrauen entgegen-

* Vergl. das berühmte Gespräch Napoleons I. mit Corvisart und Dubois (aus Antommarchi, Les derniers moments du Napoléon. Paris 1898 T. II.): „Traitez-la comme une boutiquière de la rue Saint-Denis: c'est tout ce que je vous demande" .... „Si de nouveaux accidents arrivent, lequel dois-je sauver? La mère ou l'enfant?" — „La mère, — c'est son droit."

** Vergl. Sellheim, Zur Begründung, Technik, Modifikation und Nomenklatur der Schnittentbindung mit Umgehung von Becken und Bauchhöhle, Gynäkol. Rundschau, 3. Jahrgang Nr. 16,



zubringen. — Wir stehen freilich erst am Beginne einer solchen Entwicklung. Noch vor wenigen Jahren konnte mit vollem Recht Max Hirsch in der Diskussion zu einem Vortrage von Dührssen sagen:

„Der Fortpflanzungswille der Frau und damit die Bevölkerungspolitik wird durch die Ausdehnung der Indikation des ventralen Kaiserschnittes geschädigt werden." (Vgl. Dührssen, die neue Geburtshilfe, S. 107.)

Von bleibender Bedeutung ist an diesem Ausspruche vor allem, daß er deutlich die Beziehungen zwischen geburtshilflicher Operationslehre und Bevölkerungspolitik beleuchtet. Im übrigen hat freilich die Entwicklung der Geburtshilfe eine ungeahnte Ausdehnung der Kaiserschnittindikationen gebracht, die zum großen Teil gerade im Sinne der Erhaltung des mütterlichen Lebens gewirkt haben, z. B. bei Eklampsie, Placenta praevia; neuerdings bei hochgradigem Oedem der Vulva (Hoehne) * u. a. m., Atresia vaginae congenita (Broßmann)**.

Man darf wohl sagen, daß gegenüber den früheren Methoden der Entbindung bei engem Becken der Kaiserschnitt auf der ganzen Linie Sieger geblieben ist.

Man ist demgemäß, von den günstigen Erfolgen der Schnittentbindung unbedenklicher gemacht, dazu übergegangen, die Indikationen zum Kaiserschnitt immer mehr zu erweitern. Auch hat man sich immer schneller zu der Operation entschlossen, anstatt wie früher bis aufs Äußerste abzuwarten und sie nur als ultima ratio auszuführen. Dieses Verlegen des Eingriffes in ein immer früheres Geburtsstadium ist zweifellos den Erfolgen nur zugute gekommen. Schließlich hat man sogar die Bedenken überwunden, die gegen Vornahme der Operation am wehenlosen Uterus sprachen, und selbst damit günstige Ergebnisse gehabt, insbesondere sind die gefürchteten Atonien nicht eingetreten (Langen, Über die sectio am wehenlosen Uterus, Zbl. f. Gyn. 1926 Nr. 39, S. 2503). Man kann bereits von der Ausbildung einer prophylaktischen Indikation zum Kaiserschnitt sprechen. Deren offensichtliche Vorteile bedingen naturgemäß, daß ihnen auch ein wesentlicher Nachteil gegenübersteht, daß nämlich die sectio in manchen Fällen gemacht wird, die bei ruhigem Abwarten noch auf natürlichem Wege ein gesundes Kind ergeben hätten. Jedenfalls erleben wir in der gegenwärtigen Kaiserschnittära ein völliges Verschieben des noch vor kurzer Zeit als Axiom geltenden Idealzieles der Geburtshilfe: auf natürlichem Wege ein lebendes Kind zu entwickeln (Vgl. Döderlein, Geburtshilfl. Operationskurs.). — Es liegt bereits Veranlassung vor, zu betonen, daß keineswegs eine übermäßige und kritiklose Ausdehnung des Kaiserschnittes empfohlen werden soll. Selbstverständlich kann und soll die sectio beim engen Becken nicht von vornherein als das Normalverfahren angesehen werden, freilich auch nicht als ultima ratio in dem Sinne, daß sie zu spät kommt für die Mutter und meist auch noch für das Kind dazu. Es gibt kaum etwas Niederdrückenderes als bei der sectio ein totes Kind zu Tage zu fördern!

Schneider (Hindenburg) hat auf der Tagung der Südostdeutschen

* Hoehne, Über die Behandlung des hochgradigen Vulvaoedems in der Schwangerschaft D. m. W. 1925, Nr. 2, S. 57.

** Broßmann, Kaiserschnitt bei Atresia vaginae congenita. Zbl. für Gyn. 1924, S. 2474.



Ges. f. Geb. u. Gyn. 2. 5. 1926 in der Aussprache zu Langens Vortrag über die sectio am wehenlosen Uterus mit Recht gegen die kritiklose Anwendung der sectio Einspruch erhoben. Er hat aber für sie eine sehr beachtenswerte Art von „sozialer Indikation" aufgestellt: Alte Erstgebärende, die am Ende ihrer Fruchtbarkeit stehen und sich lebhaft ein Kind wünschen, sollen, falls nur die entferntesten Bedenken gegen Spontanverlauf der Geburt bestehen, nicht erst eine „Probegeburt" durchmachen, sondern vorsichtshalber von vornherein der sectio unterworfen werden (Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 39, S. 2529.).

Wir nähern uns damit doch immer wieder der Vorstellung, der auch Sellheim (vgl. Hygiene und Diätetik) Raum gibt, daß, wenn die Geburt nicht nach dem „kleinsten Zwange" erfolgt, die Ausschaltung jeglichen Zwanges durch Umgehung des natürlichen Geburtsweges überhaupt das Ziel der Geburtshilfe darstellt. Von dieser Vorstellung ist nur noch ein kleiner Schritt bis zu der Forderung, jede Geburt überhaupt durch Kaiserschnitt erfolgen zu lassen. Von hochgeschätzter Seite* wurde mir kürzlich in einem Gespräch diese Entwicklung als durchaus nicht außerhalb des Bereiches der Möglichkeit liegend hingestellt. — Immerhin sprechen einstweilen die ernstesten Bedenken dagegen, den Kaiserschnitt ohne berechtigte Indikation auszuführen und auch gegen eine Vernachlässigung der bisher anerkannten Kontraindikationen. Die Gefahren der sectio, insbesondere ihre Gefahren für spätere Geburten, von denen im Hinblick auf ihre hohe bevölkerungspolitische Bedeutung noch die Rede sein muß, sprechen eindringlich genug. Auch Sellheim (Hygiene und Diätetik, S. 12) behandelt diese Frage, nachdem er zunächst die Vorschläge von Aschner und Potter besprochen hat, die Geburt zum Schutze des Kindes durch Weichteildehnung bzw. Wendung und Extraktion grundsätzlich abzukürzen . . . . „Wenn es soweit gekommen ist, erhebt sich die Frage, ob man nicht überhaupt am besten auf jegliche Geburtsarbeit verzichten sollte und die Kinder durch glatten Schnitt entbinden soll."

„In der Tat ist es einer ausgedienten Londoner Hebamme vorbehalten geblieben, in der internat. Zschr. f. Psychoanalyse den Vorschlag zu machen, man sollte das Kind vor der „Urangst", welche die Grundlage aller möglichen Angstzustände im späteren Leben bilde**, retten, indem man ihm die Geburtsbedrängnis durch Schnittentbindung erspart." Sellheim schließt allerdings mit den Worten: „Wir bleiben immer noch auf dem Standpunkte, daß der natürliche Ablauf der beste ist."

In der Praxis beherrschen einstweilen noch die alten Methoden der Geburtsleitung bei engem Becken das Feld. Mit Unrecht vernachlässigt wird die Walchersche Hängelage. Sie ist, wie ich mich unter recht ungünstigen äußeren Verhältnissen überzeugen konnte, eines Versuches wert. Hingegen habe ich den Wert der „prophylaktischen Wendung" stets für äußerst problematisch gehalten und erblickte in ihr geradezu eine durchaus verwerfliche Operation. Bei Erstgebärenden mag in der außerklinischen Geburtshilfe lieber ein Zangenversuch mit nötigenfalls anschließender Perforation zugestanden werden; eine solche Probegeburt schafft dann unbedingt klare Verhältnisse und sollte den gewissenhaften Geburtshelfer veranlassen, dann unter allen Umständen die nächste Geburt in der Klinik vornehmen zu lassen. — Grotjahn fordert gerade für die erste Geburt Klinikbehandlung, doch wird diese Forderung draußen sehr oft auf Widerstand stoßen. Dieser Widerstand wird jedoch leicht überwunden, wenn die mit Perforation abgeschlossene erste Geburt der Frau die Überzeugung gebracht hat, daß bei ihr besonders schwierige Verhältnisse vorliegen. — Erst recht verwerflich erscheint mir die „pro-

* Herr Max Hirsch ermächtigt mich ausdrücklich, ihn als den Vater des Gedankens zu nennen.

** In diesem Zusammenhange möchte ich auf das Referat von Boernstein über „die neurologisch-psychiatrische Bedeutung des Geburtstraumas" hinweisen, vergl. Hauptversammlung der Psychiatr. der Rheinlande, 19. 6. 1926; Aschaffenburg wirft hierbei die Frage des Zusammenhangs zwischen Epilepsie und Geburtstrauma auf.



phylaktische Wendung" wenn bereits mehrere Geburten das Vorliegen eines engen Beckens erwiesen haben. Selbst Ausnahmefälle mit günstigem Ergebnis beweisen nichts gegen diese Ansicht. — Bei einer Frau waren auswärts bereits mehrere Geburten mit Perforation abgeschlossen worden; die Frau wünschte sich lebhaft ein Kind. Meinen ihr erteilten Rat, die Geburt nun unter allen Umständen klinisch erfolgen zu lassen, befolgte sie nicht und ein Kollege teilte mir zu meinem Erstaunen mit, daß er trotz meines Abratens durch Wendung ein lebendes Kind entwikkelt hätte. Dieser Fall beweist aber m. E. nicht mehr, als daß man ausnahmsweise auch einmal Glück haben kann, wenn man wohlbegründeten Theorien in der Geburtshilfe ein Schnippchen schlägt.

Die hohe Zange ist m. E. auch nur als ein Versuch gerechtfertigt, dessen Vollendung nur dort am Platze ist, wo der Kopf sich ohne Gewaltanwendung ins kleine Becken ziehen läßt. Hierfür hat sich mir die Zange nach Zweifel sehr gut bewährt, die in sich die Vorzüge des Kiellandschen und des Tarnierschen Instruments vereinigt, also die Verwendung als Rotations- und Achsenzugzange gestattet. — Bei Beckenverengung von nur einigermaßen erheblichem Grade läßt sich die hohe Zange, wenn überhaupt, nur noch als brutale Gewaltoperation durchführen und gefährdet Mutter und Kind mehr als jede andere Operation.

Mit Recht hat sich Stoeckel* gegen die „Verwilderung der Geburtshilfe" gewandt, die sich in der Übernahme der schwersten hohen Zangen äußert, hinter denen dann nur noch die Perforation steht. Es muß auch betont werden, daß eine schwere Perforation gar oft für die Mutter noch gefährlich genug bleibt. Ich habe mehrere äußerst schwere Cervixrisse nach Perforation erlebt, von denen der eine das Leben der Mutter in höchstem Grade gefährdete**. Die Blutung war so enorm, daß an Versorgung durch Naht nicht zu denken war. Hier wirkte die Parametrienabklemmung nach Henkel in der Tat lebensrettend; nachher konnte in Ruhe der Riß versorgt werden.

Hier wäre die Frage zu streifen, ob es berechtigt ist, in der Klinik von dem draußen unbedingt zu befolgenden Grundsatze abzuweichen, daß hinter einem erfolglosen Zangenversuch bloß noch die Perforation steht. Vgl. die Arbeit von Armitage, Kaiserschnitt nach Entbindungsversuch, Surg., gyn. and obstetr. 1925, Nov.

Fraenkel (Gyn. Ges. Breslau 25. 10. 1925, vgl. Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 30, S. 1969) hält diesen Standpunkt für eine aseptisch geleitete Klinik heutzutage in solcher Ausschließlichkeit nicht mehr für berechtigt und glaubt, nach einer ganz schonenden Traktion den Kaiserschnitt immer noch ausführen zu können. „Der Satz: Auf die vergebliche Zange folgt unweigerlich die Perforation, gilt für die Praktiker, aber nicht für die Klinik. Bei lebendem Kinde lehne ich die Perforation unter allen Umständen ab."

Auch Hannes tritt der Anschauung bei, daß in der Klinik hoher Zangenversuch und Kaiserschnitt einander nicht ausschließen. Baumm hält hingegen an diesem Satze nach wie vor fest, mit dem beachtenswerten Einwand, daß man doch in diesem Falle ein bereits geschädigtes Kind zu erwarten habe, und man einem solchen zu Liebe der Frau nicht die

* Stoeckel, Mißlungene geburtshilfliche Eingriffe. Med. Ges. Leipzig, 23. 2. 1926. Beherzigenswerter Appell an die praktischen Ärzte gegen sinnlosen Gebrauch der sog. hohen Zange in der häusl. Geburtshilfe. (Ref. D. m. W. 1926, Nr. 24, S. 1023.)

** Es waren hierbei vorstehende kindliche Knochen die Ursache. Ich verwende daher nur noch den dreiteiligen Kranioklasten und habe den zweiteiligen aus dem Instrumentarium verbannt. Doederlein (D. m. W. 1926) verwirft gleichfalls das zweiteilige Instrument.

sectio zumuten dürfe. — Unter der Voraussetzung guter Lebensfähigkeit des Kindes würde ich den Standpunkt von Fraenkel und Hannes dem Baummschen vorziehen. — Die Lösung der Frage in diesem Sinne würde übrigens aufs Neue die Wichtigkeit der klinischen Entbindung in jenem Falle von erwiesenem engen Becken bestätigen.

Ich habe in einer früheren Arbeit* den Standpunkt vertreten, daß die beckenspaltenden Operationen, vor allem die Pubotomie (Hebosteotomie) berufen sein dürfte, vermöge ihrer einfachen Technik beim Praktiker die Perforation zu ersetzen. Ich habe mich jedoch, wie ich in einer späteren Arbeit** ausführte, davon überzeugen müssen, daß trotz aller Versuche, die beckenspaltenden Operationen von den ihnen anhaftenden Mängeln zu befreien, die Gefahren derselben bei weitem nicht geringer sind als die des Kaiserschnittes in seiner gegenwärtigen Form, vor allem des tiefen cervikalen Kaiserschnittes. — Wenn bei den beckenerweiternden Operationen auch die Technik einfach ist, so liegen ihre Gefahren in unübersehbaren Nebenverletzungen und Komplikationen bei der Nachbehandlung.

Als Dauerschädigung, die zur erheblichen Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit führen kann, wird Störung der Beckenstatik und des Ganges angegeben. Bei meinen Pubotomiefällen habe ich derartige Störungen nicht erlebt.

Wenn auch vielleicht gegenwärtig die Mehrzahl der Geburtshelfer den tiefen cervikalen, also transperitonealen Kaiserschnitt bevorzugen dürfte***, so ist dennoch der eminenten Bedeutung zu gedenken, die der extraperitonale Kaiserschnitt nach Küstner und Latzko für die Entwicklung der Geburtshilfe gehabt hat. Es ist wohl nicht zu viel gesagt, daß überhaupt erst diese Methode dem Kaiserschnitt seine Schrecken genommen hat, die ihm in seiner „klassischen" Form anhafteten. — Sie ermöglicht es auch heute noch, Fälle der Schnittentbindung zuzuführen, die sonst als „unrein" von der transperitonealen Eröffnung ausgeschlossen werden mußten.

Diese Operation zeigt auch besonders deutlich, wie sehr auf diesem Gebiete selbst die kleinste Einzelheit die größte Bedeutung für die soziale Medizin gewinnt: selbst die Nahtversorgung des Uterus für die Verhütung der Wochenbettinfektion, insbesondere der gefürchteten Peritonitis nach Kaiserschnitt und der Narbenruptur bei späteren Geburten. —

Die Porrosche Operation: klassischer Fundusschnitt und nachfolgende supravaginale Absetzung des Uterus, wünscht man wegen der Verstümmelung und Unfruchtbarmachung der Frau, sowie wegen der Gefahr der Nachblutung aus insuffizienten Ligaturen nur für die Fälle reserviert zu sehen, in denen die Gefahr

* Niedermeyer, Ein Vorschlag zur Verbesserung der Ergebnisse bei der Nachbehandlung nach Pubotomie. D. m. W. 1923, Nr. 21.

** Niedermeyer, Fehler und Gefahren bei der Pubotomie Zbl. für Gyn. 1926, Nr. 4, S. 221.

*** Huber, Die Vorzüge des Entbindungsschnittes in der cervix uteri gegenüber dem Entbindungsschnitt in corpus uteri für die nachfolgenden Geburten. Schw. med. W. 1924 Nr. 42,43.



einer Infektion der Uteruswunde besonders groß ist und die Gefahr des Eingriffes selbst überwiegt. Die Methode nach Portès (vgl. Wagner, Südostd. Ges. f. Geb. u. Gyn. 12. 12. 1926) scheint selbst bei schwerster Infektion des uterus noch anwendbar zu sein. Ihr Anwendungsgebiet ist aber beschränkt.

Vgl. Schutheiß, Seltene Peritonitisursache nach Kaiserschnitt. Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 27, S. 1696. (Ursache in mehreren Fällen Drucknekrose nach langem Geburtsverlauf), wirft die Frage auf, ob nicht in solchen Fällen die Porrosche Operation angezeigt gewesen wäre. Diese Frage wird verneint.

Was den „vaginalen Kaiserschnitt" (Dührssen) = Hysterotomia vaginalis anterior anlangt, so könnn wir für diese Methode nicht genug dankbar sein, die es uns gestattet, ohne wesentliche Gefährdung der Schwangeren, bei einem akut bedrohlichen Zustande (z B. Eklampsie) innerhalb weniger Minuten selbst bei völlig geschlossenem Muttermund, den Uterus zu entleeren und so auf das alte „accouchement forcé" zu verzichten. Mit dem abdominalen Kaiserschnitt tritt er kaum je in Konkurrenz — wie immer noch bisweilen irrtümlich angenommen wird, weil er gerade beim engen Becken doch versagen muß. Im übrigen verweise ich bezüglich der großen bevölkerungspolitischen Bedeutung dieser Operation auf Dührssen, Die neue Geburtshilfe.

Der vaginale Kaiserschnitt dürfte seine Bedeutung auch stets behalten trotz der neuerdings betonten Bedeutung der „medikamentösen Schnellentbindung". Das „Thymophysin" (Verbindung von Thymus- und Hypophysenextrakt) wirkt auch in der Eröffnungsperiode. Vgl. Temesvary, Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 6.

Burckhardt berichtet im Zbl. f. Gyn.1926, Nr. 30 über ausgezeichnete Erfolge ohne jede Störung von Kind und Mutter.

Die Probleme des Kaiserschnitts sind damit noch nicht erschöpft. Wir haben uns mit den Fragen zu beschäftigen, welche Gefahren trotz der verbesserten Technik noch immer bestehen und in welchem Maße, besonders die Peritonitisgefahr. Ferner das Problem des wiederholten Kaiserschnittes an der gleichen Frau und die Gefahren desselben. Diese beziehen sich vor allem auf Narbenrupturen und den Verlauf späterer Geburten nach Kaiserschnitt. Vgl. hierzu:

Wille, Der Geburtsverlauf nach Kaiserschnitt. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin, 11. 12. 25, s. auch D. m. W. 1926, Nr. 14, S. 569.

Besonders groß ist die Gefahr der Narbenruptur bei späterer Insertion der Placenta in der Narbe. Jedenfalls ist der Kaiserschnitt für nachfolgende Geburten keineswegs gleichgültig. (Rother, Hermstein, Gyn. Ges. Breslau, 25. 10. 1925. Ref. Zbl. f. Gyn. 1926, S. 1979.)

Ein sehr seltenes Gefahrereignis erwähnt:

Kraul, Die Luftembolie beim Kaiserschnitt. Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 30, S. 1956.

Nicht uninteressant ist ferner die eigenartige Rechtslage gerade bei dieser Operation, endlich die Frage des „Kaiserschnitts an der Toten".

Was die Rechtslage anlangt, so nimmt der Kaiserschnitt insofern allen anderen Operationen gegenüber eine Sonderstellung ein, als hier nach der Ansicht von Radbruch die Einwilligung der Schwangeren nicht die gleiche Erheblichkeit für den Ausschluß der Rechtswidrigkeit besitzt, wie bei anderen Operationen. Es läge dann hier ein ähnlicher Zustand vor, wie bei der Perforation und beim künstlichen Abort, wo die Erheblichkeit der Einwilligung aus dem Grunde verneint wird, weil das Leben der Frucht ein selbständiges Rechtsgut darstelle, über das die Schwangere nicht verfügen könne. Nach Radbruch finden diese Eingriffe ihre Rechtfertigung im Notstande: der Kollision der Interessen von Mutter und Kind. Er folgert daraus, daß so gut wie für die Mutter auch für das Kind ein Notstandsrecht bestehe und daher der Arzt, der dem Kinde Nothilfe durch Kaiserschnitt leiste, hierzu weder die Einwilligung der Mutter noch irgendeines gesetzlichen Vertreters einzuholen brauche. — Abgesehen davon, daß das geltende Strafrecht (§ 54 StGB.) Nothilfe nur zugunsten Angehöriger (§ 52,2 StGB.) als Rechtfertigungsgrund anerkennt — der § 22 des Entwurfes von 1925 kennt freilich diese Einschränkung nicht und läßt Nothilfe selbst gegen den Willen zu —, ist hierzu zu bemerken: Selbst wenn vom formal-juristischen Standpunkt der Kaiserschnitt ohne Einwilligung zulässig wäre, was die Rechtsprechung bisher nicht bejaht hat, dürfte es in der Praxis sich doch kaum empfehlen, hiervon Gebrauch zu machen, selbst unter der Herrschaft eines neuen erweiterten Nothilfsrechts. Vgl. hierzu:

Radbruch, Die Abtreibung, in: Vergleichende Darstellungen des in- und ausländischen Strafrechts. Bes. T. Bd. V.
—, Geburtshilfe und Strafrecht. Jena, G. Fischer 1907.
Heimberger, Rechtmäßiges und rechtswidriges Handeln, Berufsrechte und verwandte Fälle, in: Vgl. Darst. d. in- und ausl. Strafr. Allg. T. Bd. IV.
—, Die Perforation.
—, Strafrecht und Medizin. 1899.
van Calker, Frauenheilkunde und Strafrecht. 1908.
Niedermeyer, Ärztliche Eingriffe und Strafrechtsreform. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung. 1925.
—, Schwangerschaftsunterbrechung und Strafrechtsreform. Zbl. f. Gyn. 1926.

Der Kaiserschnitt an der Toten (sectio in mortua) gehört streng genommen nicht in den Kreis dieser Betrachtung. Immerhin verlohnt sich seine Erwähnung; ist er doch wohl die älteste geburtshilfliche Operation, die ein Gesetz erwähnt (lex

regia des Nume Pompilius*). Es wurde in späterer Zeit in vielen Polizeiverordnungen die Vorschrift aufgenommen, ihn auszuführen. Über Erfolge erfahren wir nicht viel.

Über einen geradezu erschütternden Fall, in dem ihn ein Arzt an einer sterbenden Arztfrau ohne alle Kautelen ausführte, berichtet Schmidt in seiner Sammlung von Gutachten zur gerichtsärztlichen Geburtshilfe**.

Heute noch lesenswert ist die Abhandlung von Reinhardt, Der Kaiserschnitt an der Toten. Tübingen 1829.

Noltmann berichtete in der Berliner Ges. f. Geb. u. Gyn. am 12. 2. 1926 über einen Fall von sectio caesarea bei der Toten mit lebendem Kind. (Ref. D. m. W. 1926, Nr. 14, S. 595.)

Peters, Zur Frage der Sectio in mortua und moribunda. Wiener klin. Wochenschrift 1925, Nr. 27.

Verf. bespricht die in Österreich geltenden rechtlichen Bestimmungen (Feststellung des kindlichen Lebens; Einspruchsrecht des Gatten erlischt mit dem Tode der Gattin, Hinzuziehung eines zweiten Arztes nicht vorgeschrieben, aber erwünscht. Bei der Sterbenden ist Leben und Lebensfähigkeit des Kindes erforderlich. Ist sie bei Bewußtsein, so kann sie die Operation verweigern.) — Für Österreich gilt noch lex regia v. 2. 4. 1727.

Kolisch, Zur Frage des Kaiserschnittes an der Toten. Wiener med. Wochenschr. 1925, Festschrift f. d. Gyn. Kongreß.

In sechs Fällen wurde einmal ein Kind lebend entwickelt. Eines starb kurz nach der Geburt. Wichtig ist, ob die Mutter plötzlich gestorben ist oder lange Agone vorausgegangen ist. In letzterem Falle ist die Prognose ungünstig.

Bei dieser Gelegenheit finde auch die „Sarggeburt“ Erwähnung, die lediglich forensisches Interesse hat.

Vgl. Maizier, De partu post matris mortem spontaneo. Berlin 1835 A. Hirschwald.

Ehe wir das Problem des engen Beckens verlassen, obliegt es uns noch, kurz Stellung zu nehmen zu den Methoden der künstlichen Frühgeburt und der Perforation (Kranioklasie, Kephalothrypsie usw.).

Die künstliche Frühgeburt zur Erzielung eines lebenden Kindes bei engem Becken wurde schon 1818 in einer heute noch äußerst lesenswerten Schrift von Wenzel*** empfohlen. Alle Gründe dafür und dagegen sind in dieser Schrift äußerst sorgfältig abgewogen. Die Methode hat aber mit mehr oder weniger geringen Ausnahmen in der allgemeinen Praxis nie so richtig Fuß fassen

* „mulierem, si praegnans mortua fuat, nisi exciso partu, ne humato: qui secus faxit, quasi spem animantis peremerit, reus esto.“

Vergl. die entsprechende Stelle Digesten 11, 8, 2.:

„Negat lex regia, mulierem, quae praegnans mortua sit, humari, antequam partus ei excidatur; qui contra fecerit, spem animantis cum gravida peremisse videtur.“

** Schmidt, Zur gerichtlichen Geburtshilfe. Eine Auswahl von Entscheidungen der Königlichen wissenschaftlichen Deputation für das Medicinal-Wesen. Berlin 1851, Verlag A. Hirschwald.

*** Wenzel, Allgemeine geburtshülfliche Betrachtungen und über die künstliche Frühgeburt Mainz, F. Kupferberg 1818.

können -- offenbar wegen der nicht unbeträchtlichen Schwierigkeit für den Allgemein-Praktiker, zwecks Einleitung der Frühgeburt am ruhenden Uterus Wehen zu erzeugen*, ohne dabei das Kind zu gefährden, und besonders wohl auch wegen der Schwierigkeit, einen Termin zu bestimmen, in dem die Fruchtgröße dem Grade der mütterlichen Beckenenge gerade angepaßt ist und dabei doch volle Lebensfähigkeit der Frucht garantiert ist. Die schlechte Lebensprognose und die Schwierigkeit der Aufzucht des zu früh geborenen Kindes erschweren vollends die allgemeine Einbürgerung dieser Methode. — Es ist nun Zangemeister durch sorgfältige Studien gelungen, Kindesgröße und mütterliche Conjugata derart genau zu bestimmen, daß sie zum günstigsten Zeitpunkte für das Kind miteinander zwecks Einleitung der Frühgeburt in Relation gesetzt werden können und das Kind auch nicht einen Tag früher, als unbedingt nötig, geboren zu werden braucht. Vgl.:

Zangemeister, Über die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Beckenenge nach unserer Methode. Zbl. f. Gyn. 1925, S. 1226 und 2690.

Archangelsky, Neue Wege im Gebiet der geburtshilflichen Beckenmessung und der Größenbestimmung der Frucht. Zbl. f Gyn. 1924, S. 1866 und 2760.

Das Verfahren ist nicht einfach und bedarf eventuell zu seiner Vervollständigung der Röntgenkontrolle.

So wertvoll es auch an sich ist, dürfte es sich doch kaum für die Verwendung in der Allgemeinpraxis eignen und wird leider stets den Kliniken vorbehalten bleiben müssen. — Bei der Vervollkommnung des Kaiserschnittes, der es erlaubt, die völlig ausgetragene Frucht abzuwarten, wird naturgemäß diesem Verfahren heute nicht die gleiche Bedeutung zukommen, als es früher der Fall gewesen wäre. — Es wird vor allen Dingen dort in Frage kommen, wo man Wert darauf legen muß, einen wiederholten Kaiserschnitt zu vermeiden.

Erwähnt sei noch als ein Kuriosum unseres bisher geltenden Strafgesetzbuches, daß die Einleitung der künstlichen Frühgeburt nach dem Wortlaut des § 218 StGB.** als „Abtreibung" strafbar ist! Das Seltsame hierbei ist, daß hier im direkten Gegensatz zur Ab-

---

* Hier wäre neuerdings der Apparat „Seistes" von Gauß zu erwähnen, der durch Vibrationsmassage Wehen erzeugt, sowie das von Temesvary (s. o.) eingeführte Thymophysin. — Der Wirkung des „Seistes" entspricht z. T. die durch faradischen Strom erfolgende, von Hirsch als unerwünschte Nebenwirkung beschriebene wehenerregende Wirkung des Bergoniéschen Entfettungsstuhles. Vergl. Hirsch, „Der Bergoniésche Entfettungsstuhl als Abortivum." Zbl. für Gyn. 1914, Nr. 4. — Gauß, Eine neue Methode der Wehenerregung. Zbl. für Gyn. 1926, Nr 1, S. 13. — Temesvary, Der Einfluß des Thymusdrüsenextraktes auf die Uterustätigkeit und dessen praktische Anwendung in der Geburtshilfe. Zbl. für Gyn. 1926, Nr. 6, S. 322.

** Vor der Novelle vom 18. Mai 1926.



treibung das Ziel des Vorgehens die Erhaltung des kindlichen Lebens ist. — In der Tat aber fällt, dank der unglückseligen Fassung des Paragraphen, dem Wortlaute nach jede vorzeitige Austreibung der Frucht aus dem Mutterleibe unter den Tatbestand der „Abtreibung". Schon Radbruch (V. D.) hat darauf hingewiesen, daß es einer „Ächtung der gesamten Geburtshilfe" gleichkäme, wenn jede Beschleunigung der Geburt als „Abtreibung" anzusehen sein sollte.

In Wirklichkeit hat die ganze Frage kein praktisches Interesse mehr, nicht erst durch den Ersatz des alten § 218 durch die neue, vom Reichstage beschlossene, dem § 228 des Entwurfes von 1925 entsprechende Fassung, sondern schon seit langem dadurch, daß die Rechtsprechung keinen Gebrauch davon gemacht hat: Es wäre keinem Staatsanwalt eingefallen, deswegen Anklage zu erheben — noch weniger hätte ein Richter deswegen verurteilt! —

Die Angelegenheit wirft lediglich ein Licht auf die schiefe Stellung des Arztes im bisherigen Strafgesetzbuch und die mangelnde Sicherheit, die ihn bei seinen Eingriffen umgibt.

Es bleibt von der Perforation nur mehr wenig zu sagen. — Von ihrer rechtlichen Seite zu berichten, muß ich mir leider versagen, weil dies eines der schwierigsten Kapitel der Strafrechtswissenschaft ist, das sich mit wenigen Worten nicht abtun läßt. Ich verweise vor allem auf die Werke von Radbruch, van Calker, Heimberger (siehe oben). Es existiert hierüber eine ungeheure Spezialliteratur sowohl von juristischer Seite wie auch von seiten der katholischen Moraltheologie. Bezüglich des Standpunktes des kanonischen Rechtes verweise ich auf die ausführliche Darstellung in meiner Arbeit „Die Abtreibung als strafbare Handlung", Inaug.-Diss. (jur. Fak.), Breslau 1924.

Wenn wir unseren oben begründeten Standpunkt: Möglichst keine Mutter und kein Kind zu opfern, durchführen wollen, so müssen wir theoretisch zu einer völligen Ablehnung der Perforation gelangen. Dies wäre ein idealer Standpunkt. Wir verkennen nicht, daß er sich in dieser Form in der Praxis nicht durchführen läßt. Wir werden also notgedrungen der Perforation da ihre Berechtigung zuerkennen, wo aus bestimmten Gründen (etwa bereits eingetretene schwere Infektion) der Kaiserschnitt, selbst nach Porro, kontraindiziert erscheint, oder wo es durchaus nicht gelingt, die Einwilligung zur Schnittentbindung zu erhalten. Ferner werden wir für die Geburtshilfe außerhalb klinischen Anstalten wohl das Zugeständnis machen müssen, daß die erste Geburt bei

engem Becken gewissermaßen als „Probegeburt" zu betrachten ist: Erst in deren Verlauf kann sich der Praktiker sein Urteil bilden, ob die Beckenenge einen günstigen Verlauf unter allen Umständen verbietet. Natürlich muß dann bei diesem abwartenden Verfahren mit der Perforation gerechnet werden, und oft steht sie am Schlusse dieses Verfahrens.

Wir müssen uns aber nochmals auf das Entschiedenste gegen die Art wenden, wie heutzutage in der außerklinischen Geburtshilfe zur Perforation geschritten wird, ohne auch nur den geringsten Versuch zu machen, ob nicht andere Verfahren zum Ziele führen. Diese Geringschätzung des kindlichen Lebens — und auch des weiblichen Kräfteaufwandes in der vergeblichen Schwangerschaft — kann unser Volk in seiner gegenwärtigen bevölkerungspolitischen Lage nicht vertragen. — Außerdem erwähne ich nochmals (vgl. Seite 99), daß eine schwere Perforation für die Mutter eine nicht unerhebliche Gefährdung bedeutet. — Der Praktiker muß sich daher zu dem für ihn sicher entsagungsvollen Entschluss durchringen, bei der Geburtsleitung bei engem Becken die Grenze seiner Zuständigkeit enger zu stecken.

Ich bin nach reiflicher Überlegung und langjähriger Kenntnis der unerfreulichen Lage des Geburtshelfers in der Außenpraxis zur Überzeugung gekommen, daß hier nur eine einschneidende Maßnahme helfen kann: Es muß in Hinkunft als Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst gelten, die Geburt bei erwiesen engem Becken außerklinisch zu leiten. Diese Fälle gehören, wie man z. B. auch bereits für Placenta praevia angenommen hat, unter allen Umständen der klinischen Geburtshilfe*.

Die praktischen Ärzte werden dazu beitragen, zahllosen Müttern und Kindern das Leben zu erhalten, wenn sie in selbstloser Entsagung das Opfer bringen, sich von der Behandlung dieser Fälle zurückzuziehen, sofern sie nicht Gelegenheit und Befähigung zur Leitung der klinischen Geburt besitzen.

Wir werden im folgenden Kapitel noch Gelegenheit haben, uns mit den organisatorischen Fragen der Geburtshilfe eingehender zu befassen.

Was die Störungen der Nachgeburtsperiode betrifft, so hatten wir bereits an verschiedenen Stellen Veranlassung, auf die Möglichkeit eines Kausalnexus mit exogenen Schädigungen, vor allem durch die Erwerbsarbeit der Frau, hinzuweisen (Vgl. S. 27.)

* Grotjahn (Hyg. d. Fortpfl.) verlangt auch für jede Erstgebärende, und zwar ganz besonders für diese, klinische Geburtshilfe. Vergl. hierzu das S. 98 Gesagte.



Hier sei nochmals der seltenen Fälle von Placenta accreta gedacht, deren man nur durch Amputation oder durch Totalexstirpation des Uterus Herr werden kann. Es sei auch daran erinnert, daß viel zu oft von „angewachsener Nachgeburt" seitens der Hebammen und auch der Ärzte gesprochen wird.

Eine schöne Arbeit von Maeltzer aus der Breslauer Frauenklinik „Zur Casuistik der Placenta accreta" Inaug.-Diss. Breslau 1925, weist darauf hin, daß im Gegensatz zu Placenta retenta und Placenta adhaerens von Placenta accreta nur dann die Rede sein kann, wenn bei Fehlen der Decidua die Zotten sich in der Muscularis verankern. — Wichtig ist für die Ätiologie dieser seltenen Komplikationen:

1. Vorangegangener Kaiserschnitt, besonders falls bei der Naht Mucosakeime in die Muscularis versprengt wurden (Analog der Ätiologie der Narbenruptur).
2. Insertion der Placenta in alter Kaiserschnittnarbe.
3. Häufige und intensive vorhergegangene Abrasio mucosae uteri mit ungenügender Regeneration der mit entfernten Basalzellenschicht des Endometriums.

Es ergaben sich daraus die Forderungen:

1. Genaueste Überwachung der bereits einmal durch sectio entbundenen Frauen am Ende ihrer Schwangerschaft.
2. Möglichste Einschränkung des zu häufig geübten Curettements.

Wenn auf irgendeinem Gebiete der Geburtshilfe geradezu von einer „iatrogenen" Erkrankung gesprochen werden kann (siehe oben, Bumke), so ist es die der Nachgeburtsstörungen. In einem geradezu beschämend hohen Prozentsatz ist Polypragmasie und Ungeduld der Geburtshelfer Schuld an Placentarverhaltungen und Atonien. Vgl. v. Winckel, S. 137/138, über den „Zeitmangel" der Geburtshelfer, überflüssige und gefährliche Eingriffe, namentlich in der Nachgeburtsperiode.

Was die Behandlung der letzteren betrifft, so sei erwähnt, daß von der Anwendung der Aortenkompressorien verschiedenster Art (Gauß, Rißmann, Sehrt, vor allem des Momburg-Schlauches) mehr oder weniger schwere Dauerschädigungen, ja selbst Exitus bekannt geworden sind; dauernde Schädigungen der Erwerbsfähigkeit dürften bisweilen zu Schadenersatzansprüchen gegen den Arzt führen, deren Berechtigung freilich nur soweit anerkannt werden kann, als dem Arzt ein mindestens fahrlässiges Verschulden zur Last gelegt werden kann. (Vgl. §§ 222, 223, 224 StGB., §§ 823 ff. BGB.) Gelegentliche Schädigungen infolge unzweckmäßiger Anwendung können das Verfahren als solches nicht kompromittieren.

Die verantwortliche und schwierige Stellung des Geburtshelfers bringt es mit sich, daß seine Eingriffe am häufigsten zur richterlichen Beurteilung gelangen. Nicht immer ist es seine eigene Schuld; häufig kann es auch vorkommen, daß der gewissenhafteste

Geburtshelfer infolge der Verständnislosigkeit oder gar Böswilligkeit von Laien zur gerichtlichen Verantwortung gezogen wird. In solchen Fällen ist der gut daran, der von vornherein streng auf dem Boden der wissenschaftlichen Indikationsstellung gestanden hat. Freilich gibt es gerade in der geburtshilflichen Außenpraxis Fälle, die in keinem Lehrbuch stehen, und in denen man ganz auf sich allein angewiesen ist. Es wäre sehr wünschenswert, wenn jeder angehende Geburtshelfer auch einmal mit der Gutachtensammlung von Schmidt (Zur gerichtlichen Geburtshilfe, Berlin 1851, Eine Auswahl von Entscheidungen der Königlichen wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen) Bekanntschaft machte. Es wäre aber auch jedem angeklagten Geburtshelfer zu wünschen, daß er für seine Mißgriffe stets einen so verständnisvollen und wohlwollenden Beurteiler finden möchte, wie es Schmidt war.

Es ist angesichts der verhängnisvollen Schwere der Kunstfehler aufgeburtshilflichem Gebiete kein Wunder, daß gerade das Gebiet der Forensischen Geburtshilfe so intensiv bearbeitet worden ist.

Vgl. Radbruch, Geburtshilfe und Strafrecht.
Fritsch, Gerichtsärztliche Geburtshilfe.*
Hofmeier, Zur forensischen Geburtshilfe. (Eine Sammlung fortlaufender Gutachten.)

Es wäre freilich zu wünschen, daß in jedem Gutachterkollegium auch mindestens ein Mann zu Gericht säße, der die Nöte und Gewissenskonflikte des praktischen Geburtshelfers am eigenen Leibe kennen gelernt hat. Denn es ist leicht, vom sicheren Port der Klinik dem zu raten, der draußen unter den bedrückendsten Verhältnissen zu arbeiten genötigt ist.

Die Klinik des Wochenbetts und seiner Störungen vom Standpunkte der sozialen Hygiene läßt sich begreiflicherweise nicht mit wenigen Worten abtun. Im Vordergrunde unserer Betrachtungen steht hier naturgemäß das Wochenbettfieber und seine Bekämpfung bzw. Verhütung. Eine große Zahl der hier einschlägigen Fragen ist aber dem Kapitel über Organisation der Geburtshilfe und Ausbildung der Ärzte und Hebammen vorzubehalten, so daß wir hier die Fragen des Puerperalfiebers etwas kürzer behandeln dürfen, als es der sozialen Bedeutung dieser schweren Krankheit entspricht, die wie kaum eine andere der weiblichen Fortpflanzungsfähigkeit dauern-

* Besonders wichtig daraus: S. 16 ff. „Über Kunstfehler der Ärzte und Hebammen."



den Schaden zufügt. Es ist bereits erwähnt worden die Forderung nach Einschränkung der inneren Untersuchung während der Geburt*; eine Forderung, die wohl stets alle Lehrer der Geburtshilfe im klinischen Unterricht erhoben haben. Es wird auch auf die Wichtigkeit sorgfältiger äußerer Untersuchung stets hingewiesen.

Wir erwähnen hier ferner die Frage: Vaginale oder rectale Untersuchung, auf die wir noch zurückkommen.

Es hat uns ferner bereits in anderem Zusammenhange das Problem beschäftigt: Inwieweit sind die „Reinheitsgrade der Scheide" von Bedeutung für die Prognose des Wochenbettes?

Wir haben uns der Ansicht nicht verschließen können, daß der Gonococcus durch die sekundäre Verschlechterung des Reinheitsgrades der Scheide indirekt die Wochenbettprognose folgenschwerer beeinflussen kann, als allgemein angenommen wird.

Von verschiedenen Seiten wird zwar neuerdings bestritten, daß der Reinheitsgrad für die Wochenbettprognose von Bedeutung sei.

Wirz (vgl. S. 132) bestreitet jede solche Bedeutung.

Ebenso lehnt Broich (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 72, Heft 3/4) den Zusammenhang ab.

Vgl. die Arbeit von Neumann aus der Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 89, Heft 2.

Benthin vertritt hingegen in einer sehr bedeutsamen Arbeit „Die geburtshilflich-gynäkologische Sepsis", D. m. W. 1926, Nr. 29, S. 1206 ff., den Standpunkt: „. . . Sicher ist, daß die Gefahr einer septischen Allgemeininfektion mit der Verdrängung der normalen Scheidenbewohner zunimmt. Sie ist um so größer, je geringer der Reinheitsgrad der Scheide ist."

Ich glaube, daß Benthins Ansicht viel mehr unseren Vorstellungen vom Wesen der Erkrankung entspricht als die gegenteilige Meinung von Wirz**.

Benthin betont ferner die Bedeutung der „Eigenkeime", daneben auch die der „exogenen Infektion". Den Hauptgrund für deren besondere Häufigkeit erblickt er in der kriminellen Fruchtabtreibung. Daneben spielen eine, wenn auch ge-

* Vergl. Dipper, Zur Einschränkung der manuellen Untersuchung während der Geburt. Zbl. für Gyn. 1925, S. 863. Siehe ferner:

Max Hirsch, Zur Verhütung der puerperalen Wundinfektion. Med. Klinik 1906, Nr. 25/26. („Die geburtshilfliche Asepsis muß der einer großen Operation entsprechen.")

** Nach Schmidt und Kamniker (Trichomonas vaginatis, ihre klinische Bedeutung, Morphologie und Therapie. Arch. für Gyn. Bd. 127, H. 2 und 3 1925 26.) hat auch das Vorkommen von Trichomonaden im Scheidensekret einen ganz bedeutenden Einfluß auf die Wochenbettsmorbidität.

ringere Rolle: Selbstuntersuchung, Kohabitation ante partum, Unmöglichkeit der Durchführung aseptischer Kautelen in der „Hausgeburtshilfe“. —

Einzig bezüglich des letzteren Punktes glaube ich ein Bedenken nicht unterdrücken zu können: Wenn auch zweifellos hinsichtlich der Durchführung der Asepsis die klinische Geburtshilfe überlegen ist, so lehrt doch die Erfahrung, daß die Häufung schwerer Infektionen zu den Nachteilen gerade der klinischen Gebärstationen gehören kann („Wochenbetthospitalismus“).

Bei den „Eigenkeimen“ haben wir auch die Möglichkeit „kryptogener Infektionsherde“ zu berücksichtigen. Schon v. Winckel („Die kriminelle Fruchtabtreibung“, München 1911) wies darauf hin, daß trotz aller Unwahrscheinlichkeit nicht jeder Fall von fieberndem Abort kriminellen Ursprungs zu sein braucht. Siehe auch Karlin („Über die forensische Bedeutung kryptogener Infektionsherde“, Zbl. f. Gyn. 1924, S. 2755). Vgl. ferner den auf Seite 30 von mir erwähnten Fall von „dentaler Infektion“ („Oralsepsis“).

Die Bedeutung der Eigenkeime wie auch der exogenen kommt besonders sinnfällig zum Ausdruck in der oft katastrophalen Verschlechterung des Operations- und Geburtsverlaufs. Es ist daher ein besonderes Verdienst von Ruge und Philipp, durch die von ihnen eingeführte „Virulenzprobe“ zum Nachweis von hämolytischen Streptokokken, die mit dem Blute der Wöchnerin Hämolyse ergeben, eine Möglichkeit zur Beurteilung der Prognose bereits vor der Geburt bzw. dem operativen Eingriff geschaffen zu haben. Wenn gegen die Methode häufig eingewandt wird, daß sie keine sicheren Resultate zeitigte, indem bisweilen trotz positiven Nachweises hämolytischer Streptokokken eine Infektion ausbleibt, während bei negativem Ausfall der Probe schwerste Sepsis beobachtet wurde, so kann dies nicht Wunder nehmen, angesichts der zunehmenden Erkenntnis, daß bakteriologische Methoden für sich allein noch nicht die letzten Rätsel des Entstehens von Krankheiten lösen. In der Hand des Klinikers dürfte aber trotzdem die Virulenzprobe ein wertvolles Unterstützungsmittel zur Verhütung der Sepsis sein. Der Nachweis hämolytischer Streptokokken wird immer zu besonderer Vorsicht mahnen, wenn auch immer wieder Fälle beschrieben werden, in denen ihr Vorhandensein sich als völlig bedeutungslos erwies. Vgl.:

Vgl. Bumm, Virulenzprobe und Operationsmortalität. Zbl. f Gyn. 1924, S. 1994.

Biermer, berichtet Zbl. f. Gyn. 1925, S. 647, über Versuche,

Schwangere und Wöchnerinnen gegen Streptrokokken zu immunisieren.

Siehe auch Lehfeldt, Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 24, S. 1564.

Ein sehr beachtenswerter Zusammenhang besteht zwischen der puerperalen Morbidität und dem Geschlechtsverkehr während der letzten Schwangerschaftszeit, ja kurz ante partum.

Hermine Heusler-Edenhuizen hat dankenswerterweise auf diese „bisher wenig beachtete Ursache des Puerperalfiebers" hingewiesen. (Heusler-Edenhuizen, Eine unbeachtete Ursache des Puerperalfiebers, Zbl. f. Gyn. 1924, Nr. 45, S. 2472.) Es muß freilich hierzu bemerkt werden, daß nach v. Winckel (Allg. Gyn., S. 147) Zweifel schon vor langer Zeit darauf hingewiesen hat. (Zbl. f. Gyn. 1894, S. 777.) — Die Bedeutung des Koitus für die Entstehung des Kindbettfiebers erwähnt auch v. Büben im Zbl. 1924, S. 1310 („Die Rolle des Koitus beim vorzeitigen Blasensprung und bei Erkrankungen des Kindbettes").

Ljubimowa („Zur Frage über den Einfluß des Koitus auf den vorzeitigen Abgang des Fruchtwassers und den Verlauf des Kindbettes." Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 22, S. 1466) berichtet, daß die Petersburger Klinik von Markowski auf dem Standpunkte steht: Der Koitus sei in den ersten Monaten der Schwangerschaft gefährlich durch die Neigung zum Abortus und in den letzten durch vorzeitigen Blasensprung, der besonders zur Aszension von Keimen, damit zu den allerschwersten Formen von Sepsis und Pyämie im Wochenbett Anlaß gebe.

Man kann sich dem Eindrucke dieser Feststellung schwer entziehen und wird sich bemühen müssen, durch Aufklärung über die drohenden Gefahren die Unsitte zu bekämpfen, die leider nicht nur in Proletarierkreisen zu herrschen scheint. Die Frauen dulden notgedrungen die Beiwohnung aus Furcht vor der ehelichen Untreue des Mannes! Es wird sich leider hieran schwer etwas ändern lassen — wenigstens bei einer großen Zahl von Ehen.

Wir müssen ferner auf die Bedeutung ausreichender Bettruhe der Wöchnerinnen (vgl. v. Winckel, (l. c., S. 285 ff.) hinweisen, deren Besprechung ich mir im Rahmen einer zusammenfassenden Darstellung sozialpolitischer Maßnahmen (Wochenhilfe und -fürsorge, gewerblicher Wöchnerinnenschutz usw.) vorbehalte. Ferner auf die Wichtigkeit des Stillens für die puerperale Involution und damit für die Morbidität*. — Die Möglichkeit des Stillens ist leider nicht

* Bekannt ist auch die Bedeutung des Stillens für die Verhütung späterer Entstehung von Ca mammae.

bloß ein physiologisches Problem, sondern in hohem Maße auch eines der sozialen Fürsorge: Gar vielen Wöchnerinnen fehlt aus sozialen Gründen die Möglichkeit, ihr Kind zu stillen (vgl. Hirsch, Die Gefahren der Frauenerwerbsarbeit usw.). Mittel und Wege zur Förderung des Stillens werden wir ebenfalls unter den sozialpolitischen Maßnahmen zu besprechen haben (Stillprämien u. a.). —

Ich möchte hier nur besonders auf die Bedeutung einer guten Wochenpflege für die Verhütung der puerperalen Mastitis hinweisen, die schon mit der sachgemäßen Überwindung der ersten Stillschwierigkeiten beginnt. Auch auf die Bedeutung der Wöchnerinnenheime sei hingewiesen.

Vgl. hierzu die Ausführungen von Frau Dr. Soergel-Naumburg auf der Tagung der Mitteldeutschen Ges. f. Geb. u. Gyn. 16. 5. 1926, Dresden (Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 37, S. 2385).

Es fehlt den Frauen vielfach an genügender Wochenbettruhe. Auch in den staatlichen Entbindungsanstalten (Kliniken) müssen wegen Mangels an Betten die Wöchnerinnen oft viel zu früh entlassen werden. Darunter leidet die Stillfähigkeit und die puerperale Involution; Folgeerkrankungen! Es wird die Forderung nach Errichtung von Wöchnerinnenheimen erhoben.

Schweizer (Chemnitz) erwähnt, daß an die Staatliche Frauenklinik in Chemnitz ein Mütterheim angeschlossen ist in dem die Frauen nach der Entlassung aus der Klinik noch wochenlang mit ihrem Kinde Unterkunft finden können.

Frau Soergel erklärte bei ihren Ausführungen auch, daß die heutzutage so häufig zu beobachtende Wehenschwäche auf psychische Schädigungen der Frauen durch die Kriegsjahre zurückzuführen sei. Auch ihre psychische Abneigung gegen das Gebären sei z. T. mit ein Grund der Wehenschwäche.

Ist eine Mastitis ausgebrochen, so schließe ich mich der Ansicht derer an, die ein Absetzen des Kindes aus diesem Grunde ablehnen. Die Mastitis heilt besser aus — in merkwürdigem Gegensatze zur sonstigen Regel der „Ruhigstellung“ bei chirurgischen Entzündungen, und dem Kinde schadet selbst reichlicher Eiter in der Milch nichts. Im übrigen ist der Gegensatz zur Regel der Ruhigstellung nur ein scheinbarer, denn die Brustdrüse wird ja gerade durch das Leertrinken in Wirklichkeit „ruhiggestellt“.

Die Entleerung der Brust entspricht auch dem uralten, auch heute noch geltenden Grundsatze der Chirurgie: „ubi pus, ibi evacua.“

Vgl. jedoch Schreiner: „Soll das Kind bei Mastitis angelegt werden?“ Zbl. f. Gyn. 1924, S. 1015.

Auch das bei Frauen des Volkes so beliebte plötzliche Abstillen beim Wiedereintritt der Menses ist zu bekämpfen, selbst wenn die Kinder in diesen Tagen unruhig werden. (Vgl. die Ausführungen über „Menotoxine“, S. 39.)

Wenn man auch mit Geduld wohl der meisten Stillschwierigkeiten Herr werden kann, so gibt es doch auch freilich bisweilen Fälle von Milchmangel bei guter Ausbildung der Brust. (Vgl. Volkmann, Ererbter Milchmangel bei guter Ausbildung der Brust, Zbl. f. Gyn. 1924, S. 1198.)

Zur Frage der Hypogalaktie vgl. Ornstein, Zur Behandlung der Hypogalaktie. Wiener klin. Wochenschr., 38. Jahrg., Nr. 42, 1925. (Empfiehlt Diathermiebehandlung.)

Von anderer Seite wurden Eigenmilch-Injektionen erfolgreich angewendet usw.

Es wäre trotzdem eine wichtige Aufgabe, zu untersuchen, ob sich in der Tat ein erheblicher Rückgang der Stillfähigkeit feststellen läßt und welche Einflüsse hierbei die entscheidende Rolle spielen (Konstitution? Soziale Faktoren?).

Für den Rückgang der Stillfähigkeit bedeutsam ist die Arbeit von Ganther und Schoedel, Stillfähigkeit und Geburtsgewicht im Chemnitzer Industriebezirk im Jahre 1924. Münchener m. W. 1925, Nr. 24.

Die Zahlen sollen beweisen, daß die Mütter des Chemnitzer Industriebezirkes noch konstitutionell geschwächt sind. — Sie sollen ferner beweisen, daß Ei- und Samenzelle durch Hunger und Not nur vorübergehend beeinflußt werden, daß aber Gewebezellen von minderer Lebensbedeutung, wie die Zellen der weiblichen Brustdrüse, durch Entbehrungen des ganzen Körpers auf längere Zeit geschädigt werden.

Ferner wäre die Frage zu erörtern, ob, falls ein solcher Rückgang tatsächlich zu beobachten ist, er eine irreparable Degenerationserscheinung infolge der Zivilisation darstellt, oder ob er durch geeignete Maßnahmen einer günstigen Beeinflussung sich zugänglich erweist. (Vgl. v. Winckel, l. c., S. 143.)

Jedenfalls ist auch diese Frage von größter Bedeutung für das Wohl der kommenden Generationen, wie auch für das der Frauen selbst.

Kapitel III.

Probleme des öffentlichen Gesundheitswesens in der Geburtshilfe.

Wenn wir häufig die Redewendung hören und lesen können: „Die Ärzte seien die berufenen Hüter der Volksgesundheit" — so darf noch weitaus mehr vom Gynäkologen und Geburtshelfer das Wort gelten: er sei berufener Hüter und Wahrer der Volkskraft. Sie ist zu einem größten Teil direkt seinen Händen anvertraut*.

Wir wissen es und müssen es zugeben, daß diese ideale Berufsauffassung noch nicht bis zum letzten unserer geburtshilflich tätigen Kollegen durchgedrungen ist. Um so mehr müssen wir der Erreichung dieses Zieles nachstreben. Die Beschäftigung mit Gynäkologie und Geburtshilfe müßte ein derartig gesteigertes Verantwortlichkeitsgefühl in jedem ihrer Jünger, ob Facharzt, ob Allgemeinpraktiker, hervorrufen, wie es bei keinem anderen Fach der Medizin in gleichem Maße der Fall ist: Er hätte sich in jedem Augenblicke seiner Tätigkeit und bei allen seinen Entscheidungen vor Augen zu halten, daß neben dem Wohle seiner Kranken auch die Zukunft des Volkes mit auf ihm und seinen Entschlüssen beruht.

Um dieses gesteigerte Verantwortlichkeitsgefühl erwecken und beleben zu helfen, ist gerade die Beschäftigung mit den Fragen der Sozialkynäkologie und Frauenkunde in Ergänzung des klinischen Unterrichts der Geburtshilfe und Gynäkologie von besonderer Bedeutung**.

Es haben aber auch die Organe des Staates stets Veranlassung genommen, einen Teil der hierher gehörigen Fragen, wie Aus-

* Vergl. auch M. Hirsch, Frauenheilkunde und Bevölkerungspolitik, Monatsschr. für Geb. und Gyn. Bd. 49, H. 3, 1919: „Wer sollte auch wohl geeigneter dazu sein, als der Frauenarzt? Steht er doch von jeher wachend und helfend an der Stelle, wo das Leben sich erneuert"

Nachtrag bei der Korrektur: Vergl. auch Walter, Die Geburtshilfe im Dienste der Hygiene. Ztschr. zur Förd. des Hebammenwesens 1926, H. 10.

** Diese Erkenntnis bricht sich immer Bahn; — dank der unermüdlichen Vorkämpferarbeit von Hirsch haben sich nunmehr auch Kliniker in leitender Stellung in die vorderste Reihe der dahinzielenden Bestrebungen gestellt.

bildung der Ärzte, Hebammenwesen usw. für das öffentliche Gesundheitswesen in Anspruch zu nehmen. Dies beweist deutlich das hohe Interesse, das der Staat daran hat, daß auf diesem Gebiete alles bestens bestellt sei. —

Was nun die gegenwärtige Organisation der praktischen Geburtshilfe im Lande anlangt, so habe ich mich, obwohl selbst Praktiker, allmählich zu der Überzeugung durchgerungen, daß sie noch viel zu sehr auf indivdidualistischer Grundlage beruht und der sozialen und völkischen Verantwortlichkeit in keiner Weise genügend gerecht wird.

Sollten die beiden vorstehenden Kapitel, die mehr die klinischen und die sozialpathologischen Probleme behandeln, noch nicht genügen, um diese meine Hauptthese zu beweisen, so will ich versuchen, das zum vollen Beweise fehlende in diesem Kapitel beizutragen.

Stoeckel (vgl. S. 99) beklagt in einem Vortrage „Mißlungene geburtshilfliche Eingriffe“ (Med. Ges. Leipzig, 23. 2. 1926, Ref. D. m. W. 1926, Nr. 24, S. 1023) die „Verwilderung der Geburtshilfe“ in der Praxis. Er stellt bedauerliche „Degenerationserscheinungen“ seitens der Geburtshelfer fest, die sich in geradezu sinnlosen Eingriffen kundtun — die offenbar weniger vom Verantwortungsbewußtsein getragen sind als vom Streben, aus pekuniären Rücksichten den Fall nicht rechtzeitig abzugeben. Es siegt also in solchen Fällen das egoistische Motiv über das soziale Pflichtgefühl! Stoeckel richtet einen eindringlichen Appell an die praktischen Ärzte, mehr Verantwortungsgefühl zu betätigen.

Bereits v. Winckel hat an mehreren Stellen (vgl. S. 136 ff. über die puerperale Morbidität der Frau) es für nötig halten müssen, vor den Folgen unnötiger „geburtshilflicher Luxusoperationen“ zu warnen. — Leider begegnet man heutzutage bisweilen in der Praxis einer früher nicht gekannten bewußten Gegensätzlichkeit zur Wissenschaft, insbesondere ihrer strengen Indikationslehre*.

Es sei an dieser Stelle nicht näher auf das beschämende Kapitel eingegangen, daß es Ärzte gibt, für die Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung zu „Finanzoperationen“ geworden sind und wissenschaftliche Indikationen höchstens dazu existieren, um der Sache ein fadenscheiniges Mäntelchen umzuhängen. — Natürlich macht man dann besonders traurige Erfahrungen mit un-

* Vergl. meinen Aufsatz „Wissenschaft und Praxis“ in „Der praktische Arzt“ 1926, Heft 11.

fähigen und ungenügend ausgebildeten Ärzten, die solche Eingriffe bar jedes nötigen Verantwortungsgefühles ausführen. Der 44. Deutsche Ärztetag in Leipzig 1925 hat sich bekanntlich besonders mit den auf diesem Gebiete bestehenden Mißständen beschäftigt und sich bemüht, Kautelen gegen den Mißbrauch der Indikation zu schaffen.

Hier wäre auch der Mißstand zu erwähnen, der sich oft aus der Verschleierung und der bewußten oder unbewußten Verheimlichung der Diagnose „Wochenbettfieber ergibt". Es wird vielfach zu selten oder zu spät Anzeige erstattet. Die Fälle werden als „Grippe im Wochenbett", „Darmgrippe" geführt, auch als „Gelenkrheumatismus" u. a. m.

Es ist auch ferner an die Unzulänglichkeit der Asepsis zu erinnern, die vielfach nicht bloß durch die schwierigen äußeren Verhältnisse motiviert ist; — Benutzung und weiterer Gebrauch schmutziger Instrumente dürfte nicht vorkommen. Leider handelt es sich nicht um theoretisch konstruierte Fälle, sondern um tatsächliche Vorkommnisse. Vgl. auch das auf S. 94 erwähnte vom Zeitmangel eines Geburtshelfers, dessen Zug abgehen sollte.

Ich verweise hier auf die Aufsätze von Hansberg im Ärztlichen Vereinsblatt 1923/25, die immer wieder auf die, den heutigen Ansprüchen nicht mehr genügende Ausbildung der Mediziner in der Geburtshilfe hinweisen.

Desgl. Engelmann, „Zum Thema Fahrlässigkeit und Unfähigkeit in der Geburtshilfe", Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 14, S. 850 ff. — Das Beschämendste ist, daß nach der Praxis der Rechtsprechung bisweilen die Unfähigkeit als entlastendes Moment (ungenügende Ausbildung — Unmöglichkeit die Folgen des Handelns zu übersehen) behandelt wird. Engelmann berichtet über die beispiellose Gewissenlosigkeit, mit der ein junger Arzt wenige Tage nach einer tödlichen Uterusperforation gelegentlich einer neuen Abtreibung schon wieder eine Perforation gesetzt hat. (Engelmann stellt hier sehr wichtige Leitsätze auf.) Vgl. ferner die Arbeit des gleichen Verfassers: „Über die durch mangelhafte Ausbildung der Ärzte in der praktischen Geburtshilfe, insbesondere in der Abortbehandlung, bewirkten Schäden und deren Vermeidung". Zbl. f. Gyn. 1925, Nr. 20, S. 1058.

Es hat daher die Frage der Reform des geburtshilflichen Unterrichts besonders die Universitätslehrer beschäftigt.

Vgl. Stoeckel, Zur Reform des geburtshilflich-gynäkologischen Unterrichts Leipzig, Barth 1920.
—, Arbeit und Lehre in den Universitäts-Frauenkliniken. D. m. W. 1926, Nr. 36.
Ferner Zbl. f. Gyn. 1916, Nr. 52.
Reifferscheid, Zur Frage der Verbesserung der geburtshilflichen Ausbildung des Arztes. Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 14, S. 937 ff.
Sellheim, Zbl. f. Gyn. 1926,
und viele andere Hochschullehrer.

Reifferscheid erblickt die Hauptfehler nicht nur in mangelnder Gelegenheit zur Ausbildung, sondern vorwiegend in sittlichen Defekten, mangelnder Achtung vor der Schwangerschaft, fehlerhafter Indikationsstellung — er stellt damit dem Nachwuchs ein schwer belastendes Zeugnis aus!

Auch Mayer (Rückblicke und Ausblicke usw., Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 14) weiß über zunehmende Indikationslosigkeit zu klagen.

Selbst beim Fehlen besonderer sittlicher Defekte kann ein gewisser Handwerkerstandpunkt nicht hinweggeleugnet werden, der aus der beklagenswerten gegensätzlichen Entwicklung von Wissenschaft und Praxis (vgl. oben!) resultiert.

Nirgends rächt sich ein solcher Standpunkt ärger als in der Geburtshilfe — dem schönsten und beglückendsten, aber auch schwierigsten Fache der ärztlichen Praxis.

Ich zweifele kaum daran, daß die Unterweisung der Studierenden in der Sozialgynäkologie und Frauenkunde bereits zu einem Teile beitragen könnte, die aus unzureichender sittlicher Festigung sich ergebenden Mißstände zu beseitigen.

Hirsch hat diese Forderungen in einem Vortrage „Gedanken und Vorschläge zur Neuordnung des geburtshilflich-gynäkologischen Unterrichtes" auf der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Nauheim 1920 erhoben. (Vgl. Arch. f. Frauenkunde etc. Bd. 6, H. 3/4): —

„Unser Streben muß ein zweifaches Ziel verfolgen: Ein naheliegendes, greifbares: Die Frauenheilkunde auf den breiten Boden der Sozialmedizin zu stellen und zur Sozialgynäkologie zu erweitern. Und ein fernerliegendes, weit darüber hinausgreifendes: Eine Frauenkunde zu schaffen." —

Die einst so schwer umkämpften Forderungen nähern sich ihrer Verwirklichung. Mag auch das von Hirsch entworfene Programm der Studienreform in Einzelheiten hinsichtlich der Durchführbarkeit Schwierigkeiten begegnen, jedenfalls darf mit Befriedigung festgestellt werden, daß die Erkenntnis von der Wichtigkeit und Bedeutung der Sozialgynäkologie und Frauenkunde immer weiter dringt.

Die Klagen der Hochschullehrer und bewährter Praktiker haben dazu geführt, daß sich das Preußische Ministerium für Volkswohlfahrt mit der Frage beschäftigt hat, die geburtshilfliche Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses durch Einführung einer pflichtmäßigen dreimonatigen Ausbildungszeit während des praktischen Jahres zu fördern.

Ein Runderlaß dieses Ministeriums vom 3. Juni 1926 knüpft an die Ergebnisse einer Rundfrage (lt. Erlaß vom 17. Sept. 1925) an*.

Das Ergebnis ist leider unbefriedigend: „. . . es läßt sich zurzeit noch nicht die Aufnahme einer Vorschrift in die Prüfungsordnung ermöglichen . . . wonach die Praktikanten während mehrerer Monate vorzugsweise einer Betätigung in der praktischen Geburtshilfe sich zu widmen hätten. Immerhin haben die Erhebungen zu dem erfreulichen Ergebnis geführt, daß die Ausbildungsmöglichkeiten . . . nicht so gering sind, wie von mehreren Seiten angenommen war. Das Ziel der Herbeiführung einer obligatorischen dreimonatigen Ausbildung . . . wird auf jeden Fall weiter im Auge behalten werden."

Es wäre sehr zu wünschen, daß diesen Worten recht bald die Tat folgen möchte und der Anregung nicht bloß ein „Begräbnis

* Vergl. D. m. W. 1925, Nr. 41, S. 1711.

erster Klasse" in den Aktenschränken des Ministeriums beschieden wäre. —

Eine zweite hierher gehörige Frage ist die der Ausbildung der Hebammen. Bereits v. Winckel hatte auf die Bedeutung guter Hebammenausbildung hingewiesen.

In dieser Beziehung steht es zweifellos bei uns so, daß dank der Tätigkeit und dem vorbildlichen Wirken der deutschen Hebammenlehrer die Gelegenheit zur Ausbildung und auch zur Weiterbildung in den Wiederholungskursen die denkbar beste genannt werden muß. Tatsächlich verlassen auch die jungen Hebammen die Lehranstalten mit einem vorzüglichen Schatz des Wissens. Sie sind insbesondere in der geburtshilflichen Asepsis wohl bewandert und haben in den Bestimmungen des Hebammenlehrbuches, die ihnen durch den Unterricht in Fleisch und Blut übergegangen sind, so vorzügliche und zuverlässige Richtlinien für ihr Verhalten in der Praxis, daß man denken müßte, es könnte draußen in ihrem Wirkungskreise eigentlich kaum etwas Bedenkliches vorkommen, da in allen schwierigen Situationen ihnen die Verantwortung bei strenger Befolgung der Vorschriften rechtzeitig abgenommen wird. Genauestens sind ihnen die Fälle eingeprägt, in denen ein Arzt zuzuziehen, in denen beim Kreisarzt Meldung zu erstatten ist usw. (Vgl. auch die §§ 24—34 der „Dienstanweisung für die im preußischen Staatsgebiet tätigen Hebammen" vom 15. September 1920.)

Wie aber steht es in Wirklichkeit? Es wäre ein Optimismus, der durch nichts gerechtfertigt ist, wenn man glauben wollte, daß die Tätigkeit der Hebammen in der Praxis sich auf die Dauer so vollzieht, wie es den Bestimmungen ihres Lehrbuches und dem Standpunkte ihrer Ausbildung beim Verlassen der Lehranstalt entspricht. Es ist nur zu wohl bekannte Tatsache, daß die Hebammen draußen in der Praxis leicht „degenerieren": d. h. in der Befolgung ihrer Vorschriften und auch hinsichtlich der Asepsis immer laxer werden. Sie haben ein paarmal gemerkt, daß es auch so geht, daß man nicht immer gleich Unglück haben muß, wenn man von den Prinzipien der Klinik abweicht — im Grunde genommen der gleiche Vorgang, der bisweilen auch bei Ärzten zur bewußten gegensätzlichen Einstellung zwischen „Wissenschaft und Praxis" führt! — und wer will es schließlich dann den von Hause aus weniger gebildeten Hebammen verdenken, wenn dieser Vorgang bei ihnen noch etwas krassere Ergebnisse zeitigt als bei dem der alma mater entfremdeten Arzt! Nun kommen noch die niederziehenden Einflüsse des Publikums hinzu, denen auch von Hause

aus ethisch denkende Naturen leicht erliegen können — und die degenerierte Hebamme ist fertig! Und zwar nicht etwa bloß auf dem Lande — dort äußert sich der Vorgang immer noch harmloser als in der Großstadt, wo er bloß der schärferen Kontolle wegen relativ seltener ist. Bei den erwähnten Einflüssen des Publikums braucht auch gar nicht einmal gleich an kriminelle Eingriffe gedacht zu werden, denen zum Glück das Gros unserer Hebammen völlig ablehnend gegenübersteht. Aber es genügt die Tatsache, daß die Hebamme am meisten beliebt und angesehen ist, die möglichst viel allein macht und möglichst selten den Arzt ruft und noch seltener den Rat zur klinischen Entbindung gibt. Das verleitet mit der Zeit zu schweren und bedenklichen Verstößen gegen das Hebammen-Lehrbuch. Die praktischen Geburtshelfer sind dagegen so gut wie machtlos. Eine Erinnerung an die Hebamme oder gar eine Drohung mit Anzeige an den Kreisarzt hat lediglich zur Folge, daß der betreffende Arzt sich bald von der geburtshilflichen Tätigkeit ausgeschaltet sieht. Was nützt es, wenn § 6 der preußischen Dienstanweisung der Hebamme jeden Einfluß auf die Wahl des Arztes, vor allem jedes Abraten vor einem bestimmten Arzte, strengstens verbietet? — Tatsache bleibt es und wird es bleiben, daß es nicht immer die tüchtigsten und zuverlässigsten Ärzte sind, die sich der größten Beliebtheit bei einem Teile der Hebammen erfreuen. Und hier kommt es somit zu folgendem Ergebnis: Beim großen Publikum sind nicht die streng gewissenhaften Hebammen die beliebtesten, und bei diesen wiederum sind am beliebtesten die Ärzte, die es möglichst wenig genau nehmen und lieber beide Augen zudrücken!

Daß allmählich gerade diese Verhältnisse zu Mißständen geführt haben, die sich auf dem Gebiete der Geburtshilfe verhängnisvoll auswirken müssen, ist kein Wunder.

Mit voller Deutlichkeit hat einer der erfahrensten Hebammenlehrer Deutschlands, P. Baumm, Breslau, seiner schmerzlichen Enttäuschung über so viele unfruchtbar gebliebene Arbeit Ausdruck gegeben in einem sehr bemerkenswerten Aufsatze: „Die Degeneration der Hebammen“ in der Zeitschrift zur Förderung des Hebammenwesens 1926, Nr. 3, S. 22.

Die Klagen hierüber sind im Grunde genommen alt. Im Jahre 1807 forderte Weidman in einer heute noch lesenswerten Schrift „De officio artis obstetriciae concedendo solis viris“ (Moguntiaco 1807), daß die gesamte Geburtshilfe aus den Händen

der Hebamme in die der Ärzte verlegt werden sollte. Diese Forderung erscheint uns heute nicht mehr zeitgemäß* und weit über das erforderliche Maß hinausgehend. Wir müssen allerdings bedenken, daß damals die gesamte Geburtshilfe noch so gut wie ausschließlich in den Händen der Hebammen lag, und daß damals Geburtshelfer wie Jörg** sich unablässig bemühten, der Geburtshilfe die Anerkennung als eines selbständigen Faches unter der Medizin und Chirurgie im Rahmen der Gesamtmedizin zu erkämpfen.

Was aber an der Schrift Weidmans noch gegenwärtig Bedeutung besitzt, ist die Begründung, die das Wesen der Degeneration so klar ausdrückt, wie es nicht deutlicher der Fall sein kann:

„. . . Si admisisse videar: sufficere obstetrices in naturales partus posse; sane nimium largus fui: habet enim naturalis etiam et felix partus tam diversa, tam grandia, saepeque tam immania ancipitiaque, quibus exercitii vetus et consummatus obstetricator obstupescat, anxiusque haereat; his imbelles conturbari, casuumque improvidas, in intempestivam vel securitatem vel pavorem audaciamve proclives esse, mirum non est, nam si instructionis in schola et praeceptorum lucrum capiant, exiguum est et brevis memoriae; mox vulgi errores et praejudicia pronis auribus recipientes, proprii studii et sincerae experientia incapaces, in pristinam ignorantiam recidunt; serviunt spe mercedis, honoris quid aut gloriae non appetunt; artis sinistros eventus, quibus parum affliguntur, fato adscribunt; errorum incuriosas non pudet aut poenitet; iique praeterfluunt, qui de correctione cogitent; ultionem legis ob commiserationem non invocaverimus; nam et a complicibus pendenda poena foret. Ideo ne partus quidem secundus has intra manus securus haberi potest.“

Baumm erblickt nur einen Weg zur Abhilfe darin, daß für den Hebammenberuf eine höhere Bildung als bisher zur Aufnahmebedingung gemacht wird — ähnlich wie beim Schwesternberuf. Es würde damit das Ansehen und die Autorität des Hebammenberufs wesentlich steigen. — Dieser Vorschlag verdient zweifellos lebhafteste Unterstützung und entspricht, soweit ich die Hebammenzeitung verfolgt habe, den Wünschen nicht bloß der Hebammenlehrer und den Interessen des Publikums, sondern auch den wohlverstandenen Interessen des Hebammenstandes selbst und den Wünschen der geistigen Führerinnen dieses Standes. So tritt auch Lungershausen in Nr. 5 der Allg. dt. Hebammenzeitung 1926 warm für höhere Einschätzung des Hebammenstandes auf Grund höherer Bildung als Voraussetzung der Zulassung zum Berufe ein. Die Äußerungen zahlreicher geistig regsamer Hebammen zu

* Von verschiedenen Autoren wird sie allerdings für zeitgemäßer denn je gehalten.

** Jörg, „Handbuch der Geburtshilfe“. Leipzig 1820 (J. C. Hinrichs) und „Über die Stellung der Geburtshülfe zur Arzneikunst“, Leipzig 1831 (J. C. Hinrichs).



den Ausführungen von Baumm in der Allg. dt. Hebammenzeitung bestätigen obige Annahme.

In engem Zusammenhang damit steht das Problem: Berufsfreiheit oder feste Anstellung der Hebammen? — Es haben zahlreiche geistige Führer der Hebammen-Standesbewegung erkannt, daß ein großer Teil der gegenwärtigen Mißstände — wie schließlich auch im ärztlichen Beruf! — seinen Ursprung darin hat, daß die Berufsfreiheit den Stand den Einflüssen des Erwerbslebens aussetzt, das die Angehörigen des Standes ihren hohen ethischen Aufgaben um so rücksichtsloser und gründlicher entfremdet, je schwierigere Formen der Kampf ums Dasein annimmt. Anderseits wird zugunsten der Berufsfreiheit — genau wieder wie auf Seiten der Ärzte — angeführt, daß es sich bei der Wahl der Hebammen für die Frau in ihrer „schweren Stunde" um einen Ausdruck des höchstpersönlichen Vertrauens handelt, das schon beeinträchtigt werden könnte lediglich durch das Gefühl auf eine bestimmte Hebamme angewiesen zu sein. — Es sind auch hier im Grunde genommen die tiefen Gegensätze zwischen Individualismus und Kollektivismus, die sich in diesem Kampfe der Meinungen widerspiegeln. Trotzdem dürfte es m. E. doch nicht unmöglich sein, hier einen gerechten Ausgleich zu schaffen*. —

Jedenfalls sind es nicht die schlechtesten unter den Hebammen, die das Bedrückende der gegenwärtigen Lage empfinden und sich von der festen Anstellung — sei es als Verstaatlichung, sei es als Kommunalisierung — größere Unabhängigkeit gegenüber dem Publikum versprechen. Wenn dagegen eingewendet wird, die Tüchtigsten zögen die volle Berufsfreiheit vor, so läßt sich demgegenüber wieder mit Recht geltend machen, daß die größten äußeren Erfolge mehr dem Geschäftstüchtigen als dem wirklich Tüchtigen sich zuzuwenden pflegen.

Die Frage ist noch in vollem Flusse und zu einem restlos befriedigenden Abschlusse dürfte sie voraussichtlich noch lange nicht kommen.

Vgl. die Aufsätze:

Dreßler (Hebammenschwester), Warum will die Hebamme feste Anstellung? Allg. dt. Hebammenztg. 1926, Nr. 10, S. 129.

Kern, Rosa, Das Hebammenwesen in Hessen. Allg. dt. Hebammenztg. 1926, Nr. 17. S. 270.

Merkert. Lydia. Was kann veranlaßt werden, um dem Hebammenberuf eine höhere Einschätzung bei den Behörden und in der

* Vergl. Niedermeyer, Die Bedeutung der freien Arztwahl, Preisarbeit des Hartmannbundes 1926.



Öffentlichkeit zu sichern? Allg. dt. Hebammenztg. 1926, Nr. 12, S. 185.

Wolff, Zur Reform der Hebammenausbildung. Ztschrft. z. Fördg. d. Hebammenwesens, Juni 1926.

Unter den in vorstehenden und zahlreichen anderen Arbeiten erörterten Reformvorschlägen und Problemen seien hier kurz folgende erwähnt:

Forderung eines Reichshebammengesetzes und eines Allgemeinen Deutschen Reichshebammenlehrbuches. — Forderung besserer Vorbildung der Hebammen, Voraussetzung des Besuches einer Fortbildungsschule, Revision des „Präsentationsrechtes" der Gemeinde, Reform der Intelligenzprüfungen durch die Kreisärzte. Forderung mindestens zweijähriger Lehrzeit. — Umstritten ist die Frage des Titels „Hebamme" oder „Hebammenschwester". Die Befürworterinnen der letzgenannten Berufsbezeichnung erwarten hiervon eine höhere Einschätzung in den Kreisen des Publikums. Mit dieser Frage wird bisweilen die andere verquickt, ob man unter allen Umständen fordern müsse, daß die Hebamme selbst verheiratet sei und am eigenen Leibe die Leiden und Freuden der Mutterschaft erlebt haben sollte. — In dieser Frage steht die ältere konservative Hebammengeneration, die auch an der Berufsbezeichnung „Hebamme" stolz festhält, der jüngeren, fortschrittlich gesinnten Generation gegenüber, die sich zum Teil aus unverheirateten „Hebammenschwestern" zusammensetzt. Von Seiten der letzteren wird nicht ungeschickt geltend gemacht, man verlange ja auch nicht von einem Chirurgen oder gar einem Frauenarzte, daß er alle ihm vorkommenden Operationen am eigenen Leibe kennen gelernt haben müsse! — Trotzdem kann man sich dem Ernst der Berufsauffassung der älteren Hebammengeneration und ihrem stolzen Festhalten an der althergebrachten Berufsbezeichnung nicht verschließen. — Hier ringt eben viel Neues und Werdendes mit Althergebrachtem, und man muß dafür sorgen, daß mit manchen alten Mißständen nicht auch viele wertvolle und unersetzliche Imponderabilien des Standes rücksichtslos preisgegeben werden. — Lydia Merkert fordert übrigens auch Anstellung der Hebamme als Sozialbeamtin. Auch dies entspricht im allgemeinen den Forderungen der neuzeitlich eingestellten Hebammenschaft. — Weitere Forderungen sind die nach einer öffentlich-rechtlichen Berufsvertretung mit Spitzenorganisation und Sitz und Stimme im Ministerium für Volkswohlfahrt.

Zu den hier flüchtig berührten Problemen des Hebammenwesens vgl. auch die sehr wichtigen Ausführungen von Alfons Fischer, Grundriß der Sozialen Hygiene, 2. Auflage, S. 233 ff.



Lebhaft umstrittene Fragen ausgelöst hat das preußische Hebammen-Gesetz vom 20. Juli 1922. Dieses Gesetz stellt sich weder einseitig auf den Standpunkt der Berufsfreiheit, noch ausschließlich auf den der festen Anstellung. Es sieht vielmehr neben „Bezirkshebammen“ mit fest abgegrenzten Bezirken und einer beamtenartigen Stellung, denen ein Mindesteinkommen garantiert werden soll, auch frei praktizierende Hebammen vor, die neben ihrem Prüfungszeugnis einer Niederlassungsgenehmigung bedürfen. Das Gesetz sucht vor allem die Ausübung der Geburtshilfe durch nicht geprüfte Frauen, die sogenannte „Hebammenpfuscherei“ zu bekämpfen und überall eine ausreichende Versorgung mit Hebammen und diesen selbst eine ausreichende Existenz zu sichern, im übrigen der schrankenlosen Überfüllung des Berufes vorzubeugen. In diesen Grundgedanken kann man dem Gesetz nur vollsten Beifall zollen. — Es muß sich freilich erweisen, ob es auf die Dauer möglich ist, das System der Berufsfreiheit neben dem der angestellten Bezirkshebammen aufrechtzuerhalten oder ob man sich für eines der beiden Systeme wird ausschließlich entscheiden müssen.

Vgl. Krohne, Das preußische Hebammengesetz vom 20. Juli 1922. Verlag Elwin Staude, Osterwiek. 1923.

Alberti-Probst, Die preußische Hebamme nach dem preußischen Hebammengesetz vom 20. Juli 1922. Verlag Elwin Staude, Osterwiek. 1923.

Eine der umstrittensten Bestimmungen, durch die gegenwärtig der Bestand des ganzen Gesetzes bedroht erscheint, ist die über die Niederlassungsgenehmigung. Auch die Frage der Schaffung umschriebener Hebammenbezirke ist anscheinend noch nicht in einem allseitig befriedigenden Sinne gelöst; immerhin stellt die im Gesetze vorgesehene Regelung m. E. einen bedeutenden Fortschritt dar.

Das preußische Oberverwaltungsgericht hat in einem Urteil des 3. Senats vom 7. 1. 1926 entschieden, daß die Bestimmung des § 4 des preußischen Hebammengesetzes vom 20. Juli 1922 über die Niederlassungsgenehmigung sich im Widerspruch befinde mit grundlegenden reichsgesetzlichen Vorschriften, vor allem mit dem Grundsatze der Gewerbefreiheit nach den §§ 1 und 6 der Reichs-Gewerbeordnung. — Nach § 30 Gew.-O. bedürfen die Hebammen zur Ausübung ihres Gewerbes lediglich des Prüfungszeugnisses, das ihnen auch nur auf Grund gesetzlicher Bestimmungen entzogen werden kann (z. B. wegen Unzuverlässigkeit usw.). Auch den §§ 40, 53, 54, 20, 21 Gew.-O. widerspreche das Gesetz. Vgl. hierüber die im wesentlichen übereinstimmenden Ausführungen von Oberreichsanwalt a. D. Ebermayer in Nr. 27, S. 1141 der D. m. W. 1926 und Oberverwaltungsgerichtsrat Lindenau in Nr. 29, S. 1224 der gleichen Zeitschrift. — Eine für bestimmte Bezirke („Bezirkshebamme“) abgegrenzte Niederlassungsgenehmigung bzw. Ausstellung verstoße auch gegen den Grundsatz der Freizügigkeit; solange die Materie nicht reichsgesetzlich geregelt ist, wird nach Art. 12 und 13 der Reichsverfassung vom 11. August 1919 („Reichsrecht bricht Landrecht“)

die Reichs-Gewerbe-Ordnung selbstverständlich dem preußischen Hebammengesetz vorzugehen haben.

Vgl. auch Baumm, H., Hebammengesetz und Reichsgewerbeordnung. Ztschrft. z. Fördg. d. Hebammenwesens 1926, Nr. 1, S. 32.

Mit der durch das Urteil des Oberverwaltungsgerichts geschaffenen Lage hat sich sowohl das Ministerium für Volkswohlfahrt in einem Runderlaß vom 31. Mai 1926 beschäftigt, als auch die Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens in einer außerordentlichen Tagung vom 26. 6. 1926. Die letztgenannte Vereinigung bedauerte lebhaft, daß die Absicht des Gesetzgebers, durch Abgrenzung der Bezirke und Niederlassungsgenehmigung eine genügende Versorgung der Bevölkerung zu sichern, und andrerseits wildem Wettbewerb vorzubeugen, vereitelt worden ist und erhob auf dieser Tagung aufs Neue die Forderung nach baldigster reichsgesetzlicher Regelung der Materie, die eine Kollision mit Reichsgesetzen ausschließt, in Gestalt einer Reichshebammenordnung. Da aber eine solche in absehbarer Zeit wegen Überlastung der Reichsgestzgebung mit noch dringenderen Aufgaben nicht zu erwarten ist, so wurde als einstweilige Abhilfe eine Novelle zum § 30 Gew.-O. gefordert, damit den Ländern die Möglichkeit gegeben wird, vor Erteilung des Prüfungszeugnisses einschränkende Bestimmungen für die Zulassung der Hebammen zu treffen.

Das Ministerium für Volkswohlfahrt führt in seinem Runderlaß vom 31. Mai 1926 (veröffentlicht in: „Volkswohlfahrt" H. 21 1926) aus, daß „mit der Reichsregierung Verhandlungen über den Erlaß eines Reichsgesetzes aufgenommen worden sind, das den Ländern für die Regelung des Hebammenwesens weitgehendere Befugnisse gewährt, als sie sie jetzt nach der Ansicht des OVG. besitzen. Es besteht jedenfalls zurzeit kein Anlaß zur Annahme, daß die Rechtsverhältnisse auf dem Gebiet des Hebammenwesens in Preußen künftig in ihren Grundzügen anders gestaltet sein werden, als sie das Hebammengesetz vom 20. Juli 1922 geregelt hat. Daher wäre es erwünscht, wenn die Kommunalverwaltungen die Frage der Rechtsgültigkeit der oben bezeichneten Vorschriften des Hebammengesetzes zurückstellen und diese Bestimmungen einstweilen weiterhin für sich maßgebend sein lassen würden." — Der Wohlfahrtsausschuß des Deutschen Städtetages hat sich hingegen auf den entgegengesetzten Standpunkt gestellt und beantragt, die Bestimmungen des Preußischen Hebammengesetzes aufzuheben, die nach der Entscheidung des Pr. OVG. vom 7. Januar 1926 hinsichtlich der Niederlassungsgenehmigung mit der Gew.-O. in Widerspruch stehen. Der Vorstand des Städtetages beschloß sogar, die Aufhebung des ganzen Gesetzes zu fordern.

Aus dem Vorstehenden geht hervor, wie schwierig die gegenwärtige Lage ist. — Zweifellos war das Hebammengesetz bestrebt, gerade durch die Bestimmung der Niederlassungsgenehmigung Mißstände der freien Niederlassung zu beseitigen, die sich in der Überfüllung einzelner Bezirke äußern, denen mangelhafte Versorgung anderer gegenübersteht. — Eine baldige, allseitig befriedigende Regelung wäre dringend zu wünschen. —

Hier wäre schließlich auch die Frage zu erörtern, ob die Schaffung von „Kreishebammenstellen" und „Provinzialhebammenstellen" ein glücklicher Griff des Gesetzgebers gewesen ist. — In ihrer gegenwärtigen Form dürften sie zweifellos nicht geeignet sein, die wahren Interessen des öffentlichen Gesundheitswesens auf dem Gebiete der Geburtshilfe zu fördern. Der Wert der Laienbeteiligung ist höchst fragwürdig und bringt die Gefahr mit sich, daß in wichtigen Fragen oft die kleinlichsten persönlichen Gehässigkeiten und andere unerwünschte Einflüsse den Ausschlag geben können. Diese Mängel treten bei den Kreishebammenstellen

stärker in die Erscheinung als bei den Provinzialhebammenstellen, welch letztere zweifellos sachlicher arbeiten.

Von hohem Interesse für die Ärzteschaft und nicht hoch genug zu veranschlagender Bedeutung sind die Verhandlungen der Hebammenschaft zur Regelung ihres Verhältnisses mit den Versicherungsträgern, insbesondere den Krankenkassen.

Vgl. den Bericht von Haedenkamp in den Ärztlichen Mitteilungen 1926, Nr. 26 über „Hebammenhilfe in der Krankenversicherung."

Die hier angeführten Verhandlungen der Hebammen mit dem Reichsarbeitsministerium sollten zu vertraglichen Bindungen mit den Kassen führen, insbesondere zum Ausschlusse der freien Hebammenwahl.

Es gelang den Hebammen jedoch, ihre Forderung nach freier Wahl und Zulassung aller Hebammen durchzusetzen. (Vgl. den ausführlichen Bericht und die ergangenen Vorschläge zur Novellierung des § 197 RVO.).

Dieser Sieg der Hebammen kann die Ärzte nur freuen und für sie als grundsätzlich wichtige Entscheidung in ihrem Kampfe um die freie Arztwahl und die Zulassung aller Ärzte zur Kassenpraxis von größtem Werte sein*. —

Aus der großen Zahl von Fragen des Hebammenwesens, die gegenwärtig von Bedeutung sind, erwähne ich noch folgende:

Die Stellung der Hebamme zum Reichs-Personenstandsgesetz. Vgl. Lüttich, Hebamme und Personenstandsgesetz, Allg. Dt. Hebammen-Ztg. 1926, Nr. 3, S. 35.

Es handelt sich um die der Hebamme aus dem Reichs-Personenstandsgesetz vom 6. Februar 1875 erwachsenden privat- und öffentlich-rechtlichen Pflichten. Ferner um die Frage der Mitwirkung der Hebamme in der Säuglingsfürsorge. (Vgl. Allg. Dt. Hebammen-Ztg. 1926, Nr. 9.) Selbstverständlich ist die Hebamme in erster Linie dazu berufen, die Mütter zum Stillen anzuhalten und ihnen über Stillschwierigkeiten hinwegzuhelfen; so wäre sicher auch ihre Mitwirkung in der Säuglingsfürsorge wertvoll und erwünscht. Anderseits darf nicht übersehen werden, daß die Fürsorgeschwestern durch ihre umfangreiche Spezialausbildung den Schwierigkeiten, die zu unterschätzen ein großer Fehler wäre, besser gewachsen sind. Selbst bei einer dahingehenden Ergänzung der Ausbildung der Hebamme bleibt immer noch das Bedenken übrig, daß den Hebammen damit Obliegenheiten aufge-

* Vergl. meine oben erwähnte Arbeit.



bürdet werden, die eine große Zahl von Konfliktsmöglichkeiten mit einer wenig einsichtsvollen Bevölkerung in sich schließen, denen die staatlich angestellte Fürsorgeschwester unabhängiger gegenüber steht. Die Vereinigung von Fürsorgetätigkeit mit dem Hebammenberuf erscheint mir daher nur tragbar bei Lösung des Hebammenproblems im Sinne fester staatlicher Anstellung als Sozialbeamtin (nicht kommunaler Anstellung, um die Leichtigkeit unzulässiger Einwirkungen auszuschließen!).

Eine wichtige Frage des öffentlichen Wohles ist ferner die Verhütung der Lues für die Hebammen. Die extragenitale Fingerinfektion darf wohl geradezu als Berufskrankheit der Hebammen* angesehen werden. Es muß daher immer wieder für nachdrückliche Aufklärung gesorgt werden, daß die Hebamme mit jedem „Panaritium" sofort sachgemäße ärztliche Hilfe aufsucht.

Selbstverständlich ist die „Abstinenz" der Hebammen (Verzicht auf Berufsausübung) in jedem solchen Falle, nicht nur bei Behandlung einer fiebernden Wöchnerin, sondern überhaupt in jedem Falle, der zu einer Infektion durch sie Veranlassung geben könnte.

Vgl. Preußische Dienstanweisung §§ 28, Abs. 4, 29, 1 und 2; Gesetz betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905 (Landesseuchengesetz) § 8, Abs. 1, Z. 2, Abt. 3.

Eine Forderung des öffentlichen Gesundheitswesens ist es auch, daß die Hebammen selbst frei von Lues sind, die durch sie übertragen werden könnte. Die Art der Durchführung dieser Forderung hat vor einiger Zeit unter den Berliner Hebammen unnötig heftige Erregung verursacht.

Vgl. Baumm, H., „Ist die Vornahme der WaR. bei Hebammen vor der Anstellung als Bezirkshebamme und vor der Erteilung der Niederlassungsgenehmigung berechtigt?" Ztschr. z. Fördg. d. Hebammenwesens 1926, Nr. 3, S. 26.

In diesem Zusammenhange sei auch nochmals der Frage der inneren Untersuchung während der Geburt gedacht. — Es kann gar keinem Zweifel unterliegen, daß die innere Untersuchung viel zu oft, häufig zwecklos und bisweilen ohne genügende Asepsis geübt wird. Eine Einschränkung wird im Unterricht ohnehin verlangt; auf Pflege der äußeren Untersuchung und ständiger Kontrolle der Herztöne wird ohnehin größter Wert gelegt. Soll man nun den Hebammen die innere Untersuchung ganz verwehren? Ich glaube, das wäre nicht zum Besten der gebärenden Frauen. Dem

* Heilmann, Die Berufskrankheiten der Hebamme. Allg. Dt. Hebammenztg. 1926 Nr. 17, S. 272, zählt dazu: „Magenleiden, Herzfehler, Nervenleiden, Asthma, Syphilis, Platt- und Senkfuß, Thrombosen, Venenentzündungen, Unterleibsblutungen." — In einigen dieser Punkte ist der Begriff der „Berufskrankheit" entschieden zu weit gefaßt.



Vorteil in der Prophylaxe des Wochenbettfiebers stünde doch die bedenkliche Möglichkeit gegenüber, daß Geburtskomplikationen (Nabelschnurvorfall, Placenta praevia) nicht erkannt werden und dem herbeigeholten Arzt auch nicht mit der wünschenswerten Genauigkeit Bericht über den Stand der Geburt erstattet werden kann. Hingegen müßte mit aller Entschiedenheit darauf hingewirkt werden, daß eine Hebamme, sobald sie ein enges Becken erkannt hat (Hochstand des Kopfes bei Erstgebärenden, Geburtsanamnese bei Mehrgebärenden), jede innere Untersuchung unterläßt, um nicht die Prognose eines eventuell nötig werdenden Kaiserschnittes zu gefährden.

Man hat den Vorschlag gemacht, die vaginale Untersuchung grundsätzlich durch die rectale ersetzen zu lassen und bereits im Unterricht ausschließlich die letztere Methode zu lehren. Dieser Vorschlag, der auch nach Ansicht verschiedener Autoren für die ärztliche Untersuchung unter der Geburt Geltung beansprucht, hat von vornherein viel Bestechendes für sich. Es wird überhaupt keine Hand mehr in die Geburtswege eingeführt — eine Maßnahme, deren Bedeutung für die Verhütung der puerperalen Infektion nicht verkannt werden darf. Auch dürfte es wohl — mir fehlt darüber ausreichende Erfahrung — durchaus möglich sein, durch viel Übung die rectale indirekte Methode zu einem annähernd gleichwertigen Ersatz der vaginalen direkten Exploration auszugestalten.

Es werden aber auch gewichtige Bedenken dagegen vorgebracht. Und als eines der beachtenswertesten hiervon erscheint mir doch das, daß die Hebammen es verlernen, die Beschmutzung ihrer Hände — selbst mit Handschuhen — genügend zu scheuen; nicht minder die Möglichkeit, daß es unter Umständen in der Eile vorkommen kann, daß mit der beschmutzten Hand rasch zugegriffen werden muß, ohne daß eine vorherige gründliche Reinigung möglich ist.

Ahlfeld, Wider die geburtshilfliche Rectaluntersuchung. Zbl. f. Gyn. 1925, Nr. 1, S. 4.

Ahlfeld, Rectaluntersuchung und Verhütung des Kinderbettfiebers. Z. z. Fördg. d. Hebammenwesens 1926, Nr. 4. S. 31.

Baumm, P., Rectale oder vaginale Untersuchung Gebärender? Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 14, S. 846.

Demme, Zur Frage des Ersatzes der vaginalen Untersuchung durch die rectale Untersuchungsmethode für die Hebammenpraxis. M. m. W. 1925, Nr. 29.

Eberhard, Vaginal- oder Rectaluntersuchung durch die Hebamme. Ztschr. z. Fördg. d. Hebammenwesens. Juli 1926, und zahlreiche andere Arbeiten.

Feldmann, Zur Frage der „inneren Untersuchung“ durch die Hebamme. M. m. W. 1925, Nr. 12.

Günther, Zur Frage der „inneren Untersuchung" durch die Hebamme. M. m. W. 1925, Nr. 23.

Johannsen, Ist die geburtshilfliche Rectaluntersuchung in der Allgemeinpraxis zu befürworten? Zbl. f. Gyn. 1925, S. 534, s. a. S. 2026.

Konstantinoff, Über die Morbidität und Mortalität an Puerperalfieber. Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 31, S. 2028.

Reifferscheid, Soll die vaginale Untersuchung unter der Geburt den Hebammen verboten und durch die rectale Untersuchung ersetzt werden? D. m. W. 1925, Nr. 30.

P. Baumm führt aus, die rectale Untersuchung lasse in 80 Prozent der Fälle im Stich, die vaginale so gut wie nie.

Reifferscheid sieht hingegen den Grund für die erschreckend hohe Morbidität an Puerperalfieber in erster Linie in der vaginalen Untersuchung. Die Hebammen führen in der Praxis die Waschvorschriften nicht richtig aus und untersuchen viel zu oft vaginal. Demme kommt daher auch zu dem Schlusse, die vaginale Untersuchung müsse den Hebammen verboten werden. Günther weist auf die Bedeutung der Ersatzhandgriffe hin, vor allem des IV. Leopoldschen Handgriffes, des Schwarzenbachschen und des Piskacekschen Handgriffes hin. Er lehnt im Gegensatze zu Feldmann die rectale Untersuchung ab. — Auch Eberhard lehnt im Ergebnis die rectale Untersuchung ab. Konstantinoff berichtet aus der Klinik in Charkow, daß dort die Kreißenden reihenweise von Studenten vaginal untersucht werden, wobei unter Beobachtung strenger aseptischer Vorschriften keine Infektionen beobachtet worden sind (eine und dieselbe Kreißende wurde bisweilen 22 mal untersucht!). Er schließt daraus, daß bei der nötigen Vorsicht die vaginale Untersuchung keine Gefahr für die Kreißende bedeute und keinen Eingriff darstelle, der mit den Forderungen des Mutter- und Kindesschutzes in Widerspruch stehe.

Zur Nachahmung dürfte sich jedenfalls die Methode der Charkower Klinik nicht empfehlen, wenn auch ihr Ergebnis insofern richtig ist, daß gegen eine gewissenhaft ausgeführte Vaginaluntersuchung keine Bedenken bestehen. Ob man die Häufung solcher Untersuchungen bei einer Kreißenden noch als gewissenhafte Untersuchungsmethode ansehen kann, lasse ich dahingestellt. —

Die Frage der Rectaluntersuchung darf als zurzeit noch nicht endgültig entschieden angesehen werden. So sehr mir die Vorteile der Rectaluntersuchung einleuchten, stehe ich für meine Person auf dem Standpunkt der Vaginaluntersuchung, die ich für den Arzt, der im Anschluß an die Untersuchung ohnehin einzugreifen genötigt ist, für das naturgegebenere Verfahren halte (man denke nur an Wendung u. a.) — während für die Hebammen ein Mittelweg vielleicht am geeignetsten wäre, dergestalt, daß Bestimmungen ausgearbeitet würden, die genau festlegen, wann die rectale und wann die vaginale Untersuchung am Platze ist. Unter gar keinen Umständen dürfte es der Hebamme erlaubt sein, eine vaginale Untersuchung nach einer rectalen vorzunehmen.

Wir haben hier auch kurz die Frage zu streifen, ob man bei einer Neubearbeitung des Hebammenlehrbuches und der Dienstanweisung den Hebammen die Verabreichung von Wehenmitteln gestatten soll. Bisher hat die Mehrzahl der Geburts-

helfer diesem aus Hebammenkreisen öfters geäußerten Wunsche ablehnend gegenüber gestanden. Bei der Bedenklichkeit der Anwendung von Wehenmitteln, vor allem ihrer unzeitgemäßen Anwendung in der Eröffnungsperiode, sicher mit vollem Rechte. — Es verdient zweifellos höchste Beachtung, wenn ein so erfahrener Sachverständiger auf dem Gebiete des Hebammenwesen, wie Koblanck in Nr. 15 der Allg. Dt. Hebammen-Ztg. 1926 die Freigabe von Thymophysin für erwägenswert hält, da diesem neuen Wehenmittel die vorerwähnten Gefahren — soweit sich bisher übersehen läßt — selbst für die Eröffnungsperiode nicht nachgewiesen werden können. — Bei aller Bedeutung, die Koblancks Urteil in einer so wichtigen Frage zukommt, glaube ich doch, daß die Freigabe von Arzneimitteln jedweder Art aus prinzipiellen Gründen bedenklich erscheint und auch für die Hebammen angesichts der großen Verantwortlichkeit lediglich ein Danaergeschenk bedeuten würde. —

Eine weitere wichtige Frage ist die der Verhütung von Wochenbettinfektionen durch die Hebammen. Zweifellos haben die bereits jetzt bestehenden Bestimmungen eine wesentliche Besserung gegen frühere Zustände erreicht. Es gibt aber auch auf diesem Gebiete noch vieles zu tun. Ich erwähne hier nur die Tatsache, daß zahlreiche Hebammen, besonders auf dem Lande, nicht in der Lage sind, ihre Hände mit der nötigen Sorgfalt zu pflegen, weil sie neben ihrem Berufe noch grobe Arbeit verrichten müssen. Was das für die geburtshilfliche Asepsis bedeutet, wenn eine Hebamme zu Hause die gröbste Schmutzarbeit verrichten, ja sogar den Stall misten muß, und dann Geburtshilfe betreiben soll, liegt auf der Hand. Mit Verboten läßt sich hier nicht das Geringste erreichen. Die Abhilfe liegt hier einzig auf dem Gebiete, daß die Stellung der Hebammen derart gesichert wird, daß sie nicht mehr auf die Verrichtung derartiger Arbeiten neben ihrem Berufe angewiesen ist. —

Noch bedenklichere Erscheinungen treten dort auf, wo in überfüllten Stadtbezirken eine ungenügend beschäftigte Hebamme auf Nebenverdienst angewiesen ist. — Wir sehen also auch hier wieder, wie sehr die Allgemeinheit an einer auskömmlichen und unabhängigen, gesicherten Stellung der Hebammen interessiert sein muß.

Die Bedeutung der hier erörterten Fragen für das Volkswohl erhellt am besten die niederdrückende Tatsache, daß in Deutschland noch jetzt jährlich ca. 7000 Frauen an Wochenbettfieber

sterben. (Vgl. Hirsch, Zur Verhütung der puerperalen Wundinfektion, Med. Klinik 1906, Nr. 25/26.)

Zur Verhütung und rechtzeitigen Bekämpfung des Wochenbettfiebers könnte m. E. noch erheblich beigetragen werden durch Ausgestaltung der Vorschriften über des Messen der Temperatur der Wöchnerinnen.

Das Wochenbettfieber pflegt in vielen Fällen nicht mit plötzlicher hoher Temperatursteigerung einzusetzen, sondern es geht dem schweren Ausbruch der Krankheit häufig ein Prodromalstadium voraus, in welchem die Morgentemperatur noch normal ist, und nur abends eine höher ansteigende Zacke bemerkbar wird. Wird die Krankheit bereits in diesem Vorstadium erkannt und behandelt, so ist es ein Leichtes, ihrer Herr zu werden, während man später der generalisierten Sepsis (bzw. Pyämie) machtlos gegenübersteht. Dies ist bedauerlicherweise gerade auf dem Lande häufiger der Fall.

§ 25 Abs. 4 der preußischen Dienstanweisung macht täglich einmalige Messung zur Pflicht und erklärt im Absatz 3 einen zweiten Besuch der Wöchnerin, wenn möglich, für wünschenswert. Diese rein instruktionelle Vorschrift bezieht sich lediglich auf Besuche, nicht aber auch auf Temperaturmessung. Nun dürfte es wohl kaum in der Praxis vorkommen, daß eine Hebamme bei ihren frischentbundenen Wöchnerinnen noch abends die Temperatur mißt! Und doch wäre dies von der größten Bedeutung für die rechtzeitige Behandlung mancher Infektion, die anfangs bloß eine leichte Temperaturerhebung am Abend erkennen läßt. Ich verkenne freilich nicht die enormen Schwierigkeiten, die der Durchführung einer etwa dahingehenden Vorschrift, besonders auf dem Lande, entgegenstehen und die ungeheure Belastung, die daraus den Hebammen erwachsen würde. Aber angesichts der großen Bedeutung, die eine solche Bestimmung für die Wochenbettshygiene, damit für die Bevölkerungspolitik, hat, müßte man doch sagen: „Wo ein Wille ist, da ist auch ein Weg.“

Vielleicht findet sich doch noch einmal die Möglichkeit zur Verwirklichung dieser Anregung.

Bei diesem Anlaß empfiehlt es sich, nochmals darauf hinzuweisen, daß sowohl Mangel an Hebammen in einzelnen Bezirken, wie Überfüllung in anderen, zu gleich großen bedenklichen Mißständen führen kann. Überbürdung der Hebamme in einem Fall führt zur Unmöglichkeit, der Wöchnerin die erforderliche Sorgfalt in jedem Falle zu widmen — ungenügende Beschäftigung,

namentlich der frei praktizierenden Hebammen führt leicht zur Labilität und Unzuverlässigkeit hinsichtlich unerlaubter und verbotener bzw. kurpfuscherischer Eingriffe.

Es ist daher eine wichtige Aufgabe des Staates, für planmäßige Verteilung der Hebammen (Planwirtschaft) Sorge zu tragen — eine Aufgabe, die sich selbstverständlich leichter durchführen läßt im Rahmen der Verstaatlichung des ganzen Standes, als im Rahmen der Gewerbefreiheit und Freizügigkeit.

Hiermit hätten wir dem heiklen Kapitel der „Hebammenpfuscherei" einige Worte zu widmen. Der Begriff „Hebammenpfuscherei" kann in doppeltem Sinne verstanden werden: Einmal kann man darunter die Ausführung von geburtshilflichen Leistungen durch Personen verstehen, die sich nicht im Besitze des Prüfungszeugnisses als Hebamme befinden — gleichgültig, ob die Leistung als solche sachgemäß war oder nicht — dann aber auch Ausführung unerlaubter und unsachgemäßer Leistungen durch Hebammen selbst. Nur im ersteren Sinne pflegt das Wort „Hebammenpfuscherei" offiziell gebraucht zu werden.

Nach der RGewO. war bisher nicht gewerbsmäßige Ausübung der Geburtshilfe Frauen nicht untersagt. Das preußische Hebammengesetz vom 20. Juli 1922 bringt insofern Abhilfe gegen die „Hebammenpfuscherei" im Sinne unbefugter Ausübung der Geburtshilfe, als nach § 3 dieses Gesetzes auch die nicht gewerbsmäßige Ausübung der Geburtshilfe, abgesehen von Notfällen, allen Frauen verboten ist, wenn sie nicht als Ärztin approbiert oder als Hebammen geprüft sind. Übertretungen werden nach § 41 bestraft. — Der Wortlaut dieses Gesetzes schließt leider die Auslegung nicht aus, daß die gewerbsmäßige und nicht gewerbsmäßige Ausübung der Geburtshilfe Männern, also auch Kurpfuschern, ohne Einschränkung erlaubt ist. —

Im Folgenden wollen wir uns mit dem Begriff „Hebammenpfuscherei" in dem zweiten Sinne unzulässiger Berufsausübung durch Hebammen beschäftigen. Ob eine solche bereits vorliegt, wenn eine Frau sich von einer Hebamme, die sie früher entbunden hat, aus Anlaß einer gynäkologischen Erkrankung, untersuchen läßt, möchte ich nicht in jedem Falle bejahen. § 4 der preußischen Dienstanweisung verbietet unter anderem jede „unbefugte Behandlung von Krankheiten, namentlich Frauenkrankheiten". Ferner die Empfehlung und Anwendung von Pessaren, Schutz-

mitteln u. ä. Es kommt darauf an, daß die Hebamme die Grenzen ihrer Einsicht erkennt und sich der Unmöglichkeit bewußt ist, eine gynäkologische Diagnose zu stellen und die Frau daher rechtzeitig an einen Arzt verweist. Anderseits sehe ich nicht ein, warum man es den Hebammen verbieten soll, Untersuchungen überhaupt vorzunehmen. Sie können doch viel dazu beitragen, die Scheu der Frauen vor ärztlicher Behandlung zu überwinden, und eine Geschlechtskrankheit, ein Carcinom der rechtzeitigen Behandlung zuzuführen. Aus diesem Grunde sei man nicht zu engherzig den Hebammen gegenüber und trachte nur, den wirklichen Pfuscherinnen das Handwerk zu legen, noch mehr den abtreibenden Hebammen, die ihre Vertrauensstellung mißbrauchen. Es ist meine Überzeugung, daß gewerbsmäßige Abtreibung bei den „aktiven" Hebammen höchst selten vorkommt, und daß der Hebammenstand von sich aus ein starkes Bestreben entwickelt, sich von den unwürdigen Elementen frei zu machen.

Betreffend Kunstfehler der Hebammen und ihre gerichtsärztliche Beurteilung verweise ich auch hier auf die Sammlung von Entscheidungen der Königl. Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen von Schmidt und das Buch von Fritsch „Gerichtsärztliche Geburtshilfe". — Es wird z. B. auch ungenügende Desinfektion mit Recht stets als schwerwiegender Kunstfehler beurteilt werden müssen.

Bei dieser Gelegenheit sei es mir gestattet zu bemerken, daß ich selbst darin noch keinen schwerwiegenden Verstoß gegen die im § 4 der Dienstanweisung erwähnte Verpflichtung, „dem Gebrauche abergläubischer und schädlicher Mittel bei Schwangeren usw. zu steuern", erblicke, wenn eine Hebamme auf dringenden Wunsch der Schwangeren zur Beschaffung des allgemein als Schwindelmittel bekannten „Rad-Jo" ihre Zustimmung gibt. Was man jedem Arzt schwer verdenken müßte, verdient hier mildere Beurteilung. Es wird den Hebammen oft zu schwer gemacht, den drängenden Schwangeren gegenüber ihre bessere Einsicht durchzusetzen. Unbedingt verwerflich ist bei dem Mittel die schwindelhafte Anpreisung, die glatte Geburt selbst bei Komplikationen erwarten läßt. Sein Schaden beruht vor allem darauf, daß sein Preis dem Werte nicht entspricht und somit eine Schädigung der Volkswirtschaft zu Gunsten eines geschäftstüchtigen Fabrikanten die Folge ist. Es erscheint mir immerhin angebracht den Hebammen gegenüber Nachsicht walten zu lassen, wenn sie sich auf eine passive Zustimmung dem Drängen der Schwangeren gegenüber beschränken. Anders natürlich, wenn sie sich dazu hergeben, für derartige Mittel geradezu zu werben, was ja nach den Geschäftsgepflogenheiten der Hersteller mit unzulässiger Gewährung von Vermögensvorteilen für die Hebamme verbunden sein soll. In letzterem Falle würde sich die Hebamme des Betruges schuldig machen (§ 263 StGB.), da sie wissen muß, daß der Wert des Mittels zu seinem Preise in keinem Verhältnis steht und sie somit unter Vorspiegelung falscher Tatsachen auf Kosten der Schwangeren sich bzw. einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil verschafft. — Hat sie hingegen eine Schwangere pflichtmäßig über das wahre Verhältnis von Wert und Preis des Mittels aufgeklärt und besteht letztere in blindem Vertrauen doch darauf — nun denn: volenti non fit iniuria!

Selbstabgabe oder Verordnung des Mittels macht die Hebamme unter allen Umständen strafbar. Vgl. § 367, 3 StGB., ferner die preußische Verordnung über die Geheimmittel vom 19. Dezember 1924; in deren Anlage A ist „Rad-Jo" ausdrücklich mit aufgeführt. Vgl. ferner §§ 6, 56, Z. 9 GewO. und die verschiedenen gesetzlichen Bestimmungen über „Geheimmittel".*

Bedenklicher artet die Pfuscherei aus und verrät hohen Mangel an Verantwortungsgefühl, wenn Hebammen sich auf Behandlung von Genitalleiden einlassen. Insbesondere möchte ich auch an dieser Stelle nochmals der bei den Kurpfuschern so beliebten „Thure-Brandt"-Massage gedenken. Im Volke spielt auch das „Sich einheben lassen" durch die Hebamme eine Rolle, wenn die Frauen „sich verhoben" haben.

Wie gefährlich die Thure-Brandt-Massage in Händen Unberufener ist, habe ich bereits S. 24 an Hand eines tragischen Falles meiner Praxis auseinandergesetzt.

Oberverwaltungsgerichtsrat Lindenau berichtet in der D. m. W. 1926, Nr. 29, S. 1224 über einige ganz analoge Fälle, in denen Kurpfuscher durch „Massage" teils Abtreibung, teils schwerste Erkrankung bewirkt haben. Er beleuchtet an Hand dieser Fälle den unerträglichen Zustand der deutschen Gesetzgebung, daß trotz schwerster Delikte aus §§ 218, 224 StGB. keine Möglichkeit bestand, auf dem Verwaltungswege diesen gefährlichen Kurpfuschern die Ausübung ihrer „Praxis" zu untersagen.

Ein Urteil des Oberverwaltungsgerichts vom 22. Februar 1917 (Aktenzeichen III A. 26/17) mußte das Polizeiverbot gegen die Betätigung eines solchen Kurpfuschers trotz innersten Widerstrebens aufheben. Denn im „Heilgewerbe" gilt der Grundsatz der „Gewerbefreiheit" („Kurierfreiheit"). — Difficile est, satiram non scribere. —Deutschland ist zurzeit fast der einzige Staat, der die Notwendigkeit strenger Bestrafung der Kurpfuscherei nicht erfaßt hat.

Bei der Beratung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zeigt sich immer wieder der verderbliche Einfluß, der bisher stets das grundlegende Verbot der Behandlung von „Leiden der Geschlechtsorgane" für die Kurpfuscher zu hintertreiben wußte, zuletzt durch Einfügung des Wortes „ansteckende" vor „Leiden" bzw. „Geschlechtskrankheiten". Damit wird die ganze Vorschrift wertlos gemacht, denn der Kurpfuscher kann sich stets exkulpieren, er habe das Leiden nicht für ansteckend gehalten. —

Sache der Hebammenschaft wird es auch fürderhin sein, zwischen sich und dem Kurpfuschertum einen entschiedenen Trennungsstrich zu ziehen.

In diesem Zusammenhange wäre noch zu erwähnen, daß manche „Entbindungsheime" in den Großstädten einen mehr als bedenklichen Charakter besitzen. Die Kreisärzte, die diese Anstalten zu beaufsichtigen haben, werden hier oft vor die schwierigsten Aufgaben gestellt. Manches derartige „Entbindungsheim" ist nichts anderes als eine Abortieranstalt; der Nachweis des Deliktes ist oft schwer, denn selbstverständlich haben alle Abortfälle bereits die „Blutung" mitgebracht! — aber hin und wieder kann energisches Zugreifen doch zur Schließung einer solchen Anstalt und zur Entziehung der Konzession wegen „Unzuverlässigkeit" führen. — Da-

* Siehe auch Schopohl, Kurpfuscherei und die rechtlichen Bestimmungen zu ihrer Bekämpfung. Berlin 1926, R. Schoetz. (Veröff. a. d. Geb. d. Med.-Verwaltung, 22. Bd. 2. H. 206. H. d. ganzen Sammlung.)



für wird um so rückhaltloser anerkannt die Forderung einer ausreichenden Zahl von wirklich einwandfrei geleiteten Entbindungsanstalten. Vgl. Alfons Fischer, S. 233.

Es sei auch an dieser Stelle nochmals erwähnt, welche bedeutsamen Aufgaben den Hebammen für die Förderung der Vererbungswissenschaften zufallen würden, wenn nach dem Vorschlage von Grotjahn (vgl. S. 88) jede Geburt von eineiigen Zwillingen meldepflichtig gemacht würde. — Natürlich hätte dies zur Voraussetzung, daß die Hebamme zur sicheren Feststellung der Eineiigkeit bei jeder, auch der bereits erfolgten Zwillingsgeburt, einen Arzt auch wirklich zuzieht. (Vgl. § 394 Hb.-Lb. und § 27, 4 pr. Dienstanw.)

Es wäre noch kurz die Frage zu streifen, ob man es unter allen Umständen für richtig halten soll, daß das Bad der Neugeborenen neuerdings für verpönt gilt, solange der Nabelschnurrest nicht völlig abgestoßen ist. Es ist zweifellos ein großer Vorteil mit dieser Behandlung dort verbunden, wo durch unsauberes Badewasser die Gefahr einer Nabelinfektion allzu groß erscheinen könnte. Hingegen wird von Seiten mancher Hebammen geltend gemacht, daß das Nichtbaden der Neugeborenen insofern bisweilen schädliche Folgen zeitigt, als die Angehörigen die Maßnahme falsch verstehen und nun glauben, das Kind dürfe überhaupt nicht gebadet werden. Schwester Lilly Graeber führt in Nr. 114 der Allg. Dt. Hebammenztg. 1926 Klage darüber, daß die Angehörigen auf diese Weise direkt zur Unsauberkeit erzogen werden. — Es ist immerhin möglich, diese Gefahr, wenn man sie kennt, in geeigneter Weise zu vermeiden, auch wenn man das Kind vor dem Abfall der Nabelschnur nicht badet. Ein schematisches Badeverbot für jeden Fall würde ich jedoch für schädlich halten.

Der bedeutsamen Mitwirkung der Hebammen bei der Förderung des Selbststillens der Wöchnerinnen haben wir bereits mehrfach gedacht. Es ist dies eine von den schönsten Gelegenheiten, die sich der Hebamme in ihrem Berufe bieten, in wahrhaft sozialhygienischem Sinne tätig zu sein und zur Gesundung der künftigen Generation beizutragen. Die Aufgabe ist im höchsten Sinne dankbar, wenn sie auch bisweilen im Einzelfalle als undankbar empfunden werden muß!

Weitere Probleme der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, die in engstem Zusammenhange mit den hier angeschnittenen Fragen stehen, wie die Fragen der Eheberatung und Schwangerenfürsorge, des gewerblichen Schwangerenschutzes, der Wochenhilfe und Wochenfürsorge, der obligatorischen Familienversicherung bei den Krankenkassen, des Mutter- und Säuglingsschutzes, insbesondere der Schutzmaßnahmen für uneheliche Mütter und deren Kinder, der Stillprämien und der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, ferner die Fragen der Mutterschafts- bzw. Elternschaftsversicherung, der Rechtsstellung der unehelichen Kinder und des Schutzes

des Unterhaltungsanspruches bei unbekannter Vaterschaft, des Vaterschaftsnachweises, der Findelhäuser und viele andere mehr, müssen leider aus dem Rahmen dieser Abhandlung herausgenommen werden, da die damit zusammenhängenden sozialpolitischen Fragen so kompliziert sind und in alle möglichen anderen Grenzgebiete hinübergreifen, daß wir es uns versagen müssen, hier weiter auf sie einzugehen. Es wird sich für den Verfasser hoffentlich die Gelegenheit finden, seine umfangreichen Studien über diese Fragen zum Abschluß zu bringen und in anderem Zusammenhange zu veröffentlichen.

Nur mit einigen wenigen Worten will ich auf den ganzen Komplex von Fragen hinweisen, der mit der Regelung des Ammenwesens zusammenhängt. — In Österreich ist man bereits daran gegangen, diesen Fragenkomplex einer gesetzlichen Regelung zuzuführen.

Die sozialhygienische Bedeutung der Probleme des Ammenwesens läßt sich kurz in folgenden Schlagworten zusammenfassen: Verhütung der Übertragung von Geschlechtskrankheiten von der Amme auf das Kind und vice versa. In letzterem Falle besonders Bedeutung der straf- und zivilrechtlichen Haftung bei fahrlässiger oder doloser Verheimlichung. — Verhütung sittlicher Schäden, Hebung des sozialen Verantwortungsgefühls auf Seite der Arbeitgeber und Milderung des Gefühles der Ausbeutung und des Klassenhasses auf Seiten der Amme durch Mitaufnahme des Ammenkindes und weitgehende Fürsorge für das letztere. Damit ist freilich der ganze Komplex von Fragen bei weitem noch nicht erschöpft.

Es erübrigt sich nur noch, aus den vorhergehenden Darlegungen die letzten Schlußfolgerungen zu ziehen.

Wir haben feststellen müssen, daß bei der praktischen Ausübung der Geburtshilfe in ihrer gegenwärtigen Art unzweifelhaft schwerwiegende Organisationsfehler vorhanden sind, die letzten Endes alle darauf beruhen, daß auf diesem Gebiete die herrschende individualistische Ausübung den Interessen der Volksgemeinschaft nicht mehr genügend Rechnung trägt. — Wie ist hier Abhilfe zu schaffen?

Die von einigen Seiten vorgeschlagene Lösung, die Hausgeburtshilfe unter allen Umständen durch die Anstaltsgeburtshilfe zu ersetzen, geht wohl viel zu weit. Es läßt sich mit Recht dagegen einwenden, daß die grundsätzliche Verlegung der Geburt aus dem Schoße der Familie und des Haushaltes

in das Krankenhaus sowohl den seelischen Imponderablilien des Frauenlebens und der Familie nicht gerecht wird, und außerdem den an sich natürlichen Vorgang der Geburt zu einem von vornherein pathologischen Geschehen stempelt. — Es ist ohnehin heutzutage angesichts der Wohnungsnot vor allem junger Ehepaare — besonders wohl auch begünstigt durch die Gepflogenheiten der Kriegsehen — ein starker Zug der Frauen bemerkbar, auch ohne besondere Veranlassung durch Regelwidrigkeiten, die Geburt in einer Klinik zu absolvieren. Die gegenwärtigen häuslichen Verhältnisse lassen dies vielfach gerechtfertigt erscheinen. Zur Vertiefung des Familienlebens trägt dies natürlich nicht bei, aber die unverkennbaren hygienischen Vorteile verbieten es, dagegen Stellung zu nehmen, wo auf Seiten der Frauen der Wunsch nach klinischer Geburtshilfe vorliegt. Bedenklich wirkt es, wenn es lediglich als eine Modesache geschieht — einzig und allein deswegen, weil es zum guten Ton gehört, obgleich die Verhältnisse im eigenen Heim die denkbar günstigsten sind*.

Es ist zweifellos viel Wahres daran, wenn eine Hebamme** ihrer Bitterkeit mit den Worten Ausdruck gibt: „Früher war es üblich, daß in den Krankenhäusern die Minderbemittelten Aufnahme fanden. Heute hat sich das Blatt gewandt, die Gutsituierten, also Zahlungsfähigen, füllen diese Anstalten, während die Armen ihre Niederkunft in ihren ärmlichen Verhältnissen entgegensehen müssen.“

Hier liegt vor allem der Keim zu einer Entwicklung, die als unsozial bezeichnet werden muß und zu einer Art von Klassengeburtshilfe führt, so lange nicht dafür genügend gesorgt ist, daß die Frauen der ärmeren Kreise — besonders auch dann, wenn sie keiner Krankenkasse angehören — Gelegenheit zur Krankenhausaufnahme bei schwerer regelwidriger Geburt finden. In dieser Hinsicht fehlt es noch an sehr vielem!

Eine Verallgemeinerung der klinischen Geburtshilfe und völlige Beseitigung der Hausgeburtshilfe würde schließlich mit der Zeit dazu führen, daß die im Ärztestande vorhandenen hervorragenden geburtshilflichen Befähigungen verkümmern müßten und deren Betätigung nur einem kleinen auserwählten Kreise vorbehalten bliebe. So hart und schmerzlich dies auch für das Gros der Praktiker wäre, so könnte freilich danach nicht gefragt werden, wenn

* Vergl. auch Mann, Was ist vorzuziehen, Entbindung im Privathause oder unter klinischen Verhältnissen? — Ärztl. Mitt. 1926 Nr. 45. — Zu der darauf bezüglichen Kontroverse: Niedermeyer, Ärztl. Mitt. 1927 Nr. 1.

** Rosa Kern, Das Hebammenwesen in Hessen. Allg. Dt. Hebammenztg. 1926, Nr. 17, S. 270.



das Wohl des Volkes eine andere Wahl nicht zuließe. Die Interessen des Ärztestandes — wobei ich weit mehr als die pekuniäre Seite die wissenschaftliche und ethische des Verlustes der Geburtshilfe im Auge habe — müßten hinter denen der Gesamtheit zurücktreten. Die praktischen Ärzte haben ja auch allmählich zum größten Teil darauf verzichten müssen, Operationen auszuführen, die früher Gemeingut aller Ärzte waren. Vorläufig liegt jedoch sicher keine Veranlassung vor, die Geburtshilfe den praktischen Ärzten zu entziehen.

Der Hebammenstand ist natürlich auch sehr an der Frage interessiert. Man kann es verstehen, daß die Hebammen die Abwanderung ihrer bisherigen Klientel, gerade aus der „praxis aurea" in die Kliniken nur mit schmerzlichen Gefühlen verfolgen. Man wird es ihnen auch durchaus vergönnen, wenn sie bestrebt sind, die materiellen Grundlagen ihrer Existenz auch trotz dieser Entwicklung zu behaupten, indem sie Zuziehung frei gewählter Hebammen auch bei den klinischen Geburten fordern. Horn empfiehlt in der Allg. Dt. Hebammen-Ztg. 1926, Nr. 6, S. 80, angesichts der zunehmenden Abwanderung* der Schwangeren in die Klinik, daß die Frauen auch in der Klinik ihre Hebammen zuziehen können. Wir verkennen nicht die Schwierigkeiten der Durchführung dieser Forderung in öffentlichen Kliniken**, in Privatkliniken dürfte sich dies aber bei gutem Willen mit Leichtigkeit durchführen lassen. Soweit mir bekannt, tun dies bereits viele Leiter von Privatkliniken und fahren sicher nicht schlecht dabei. —

Jedenfalls müssen wir aber den Zustand als durchaus unbefriedigend empfinden, wenn einerseits die wohlhabende Frau mit normaler Geburt mehr aus Ängstlichkeit und Bequemlichkeit die Klinik aufsucht, anderseits in der Hausgeburtshilfe Frauen mit engem Becken aufs fürchterlichste malträtiert werden, bis das Kind schließlich doch der Perforation zum Opfer fällt. Es fehlt zurzeit eben noch jeder ernsthafte leitende Gesichtspunkt in der Organisation der Geburtshilfe.

Sellheim hat kürzlich in einem hochbedeutenden Aufsatze: „Höchstleistung der Geburtshilfe durch Arbeitsteilung" (D. m. W. 1926, Nr. 22, S. 901, Nr. 23) Richtlinien für die Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen Hebamme, Arzt und Klinik entwickelt, denen man sich im wesentlichen anschließen kann.

* Nanna Conti erwähnt zutreffend in der Allg Dt. Hb.-Ztg. 1926/14 unter den Gründen der „Abwanderung" auch wirtschaftliche: Die größere Billigkeit der Anstaltsgeburtshilfe!

** Mit Recht weist Mann (s. o.) darauf hin, daß sich dort die freie Hebammenwahl mit der guten Leitung des Instituts nicht verträgt.

Er unterscheidet nach seiner Lehre „vom kleinsten Zwange“ (s. das Buch „Geheimnis des Ewig-Weiblichen“) drei Kategorien von Gebärenden: die unter dem Einflusse der Kultur* immer seltener werdende Idealgebärerin der ersten Gruppe, bei der die Geburt noch jetzt unter dem „kleinsten Zwange“ verläuft. — Bei der zweiten Gruppe ist durch Komplikationen irgendwelcher (leichterer) Art der Zwang verstärkt und bedarf zu seiner Überwindung der Kunst des Geburtshelfers. Bei der dritten Gruppe (zu der vor allem die engen Becken gehören) kann nur die völlige Ausschaltung des Zwanges den Erfolg eines lebenden Kindes sichern. So teilt sich „zwanglos“ auch die Geburtshilfe in drei Gruppen mit verschiedenen Arbeitsaufgaben: Die erste Gruppe von Geburtsfällen kann den Hebammen allein vorbehalten bleiben, die zweite der häuslichen Geburtshilfe durch den Arzt, die dritte der Klinik. Es ist bei der Möglichkeit ungeahnter Überraschungen in der Geburtshilfe selbstverständlich, daß unter der Geburt eine Frau aus der ersten Gruppe in die zweite und dritte übergehen kann.

Sellheim führt weiter aus: Der Kaiserschnitt in seiner jetzigen Form muß die hohe Zange ersetzen, der Scheidendammschnitt die zur Überwindung von Weichteilschwierigkeiten zu machende Beckenausgangszange. — Vielleicht geht er in der Verallgemeinerung dieser Thesen zu weit**. Gerade in der Geburtshilfe können wir nicht in so hohem Maße schematisieren. Soviel aber ist sicher: Der Unfug vieler „hohen Zangen“ und nachfolgenden Perforationen in der Außengeburtshilfe muß endlich einmal aufhören. Wir können nicht mehr auf so viel Volkskraft verzichten. In jedem sicheren Falle von engem Becken müßte es als Kunstfehler gelten, die Geburt nicht klinisch zu Ende führen zu lassen! Jedenfalls weist diese Entwicklung einen diametral entgegengesetzten Weg, als ihn noch vor wenigen Jahrzehnten v. Winckel seinen Schülern für die geburtshilflich-poliklinische Tätigkeit mit den Worten weisen konnte: „Sie müssen draußen fertig werden; die Landärzte müssen das auch.“ (Vgl. Müller, Zbl. f. Gyn. 1926, Nr. 42, S. 2696.)

Die Bedeutung der klinischen Geburtshilfe zeigt sich nicht bloß in ihrer Überlegenheit auf dem Gebiete der operativen, son-

* Vergl. „Natur, Kultur und Frau“. l. c.; s. auch Grotjahn: „Zwischen den Menschen und der Natur steht die Kultur.“

** In der Gestalt der kleinen Beckenausgangszange („forcipulus“, Fraenkel, ist die Zange sicher unschädlicher als die Setzung der Scheidendammwunde durch die Incision, falls nicht die Weichteilwiderstände den ausschlaggebenden Anteil an der Geburtserschwerung haben.



dern gerade auch auf dem Gebiete der konservativen Geburtshilfe. Es ist Erfahrungstatsache, daß es in der Klinik viel leichter gelingt, die Geburt spontan zu Ende zu führen, als in der Außenpraxis, wo der Zeitmangel des Geburtshelfers bisweilen die „Indikation" zu einem Eingriff abgibt.

Damit sind natürlich die Anzeigen zur klinischen Geburtshilfe noch lange nicht erschöpft. Will eine Frau der Sellheimschen Gruppen I oder II in die Klinik, weil sie für ihre Person größeres Vertrauen zur klinischen als zur häuslichen Geburtshilfe hat, so läßt sich dagegen nichts einwenden. Der Praktiker wird nie um die unwiderlegbare Tatsache herumkommen können, daß den unübersehbaren Möglichkeiten einer plötzlichen Komplikation in der Klinik ganz anders und erfolgreicher entgegengetreten werden kann als im Privathause. Das daraus resultierende Gefühl größerer Sicherheit und Beruhigung wird er der Schwangeren nicht verwehren können. Vertrauen ist ja schließlich auch das Letzte, was der Arzt erzwingen kann.

Es wird so die von Sellheim vorgeschlagene Arbeitsteilung der Geburtshilfe zweifellos auf eine weitere Einengung der häuslichen Geburtshilfe der Praktiker hinauslaufen. Das mag schmerzlich sein, läßt sich aber nicht mehr ändern, denn es stehen höhere Interessen auf dem Spiele als unsere eigenen.

Der Forderung nach Erweiterung der Anstalts-Geburtshilfe wird fast übereinstimmend von allen Sozialhygienikern erhoben*. Ihre Bedeutung speziell für die Verhütung des Wochenbettfiebers erkenne ich durchaus voll an. Trotzdem muß für diesen Punkt an das Seite 110 Gesagte über den „Wochenbetthospitalismus" gerade auf den Gebärabteilungen mancher Krankenhäuser erinnert werden, wobei jedoch die Gerechtigkeit und Wahrheitsliebe die Feststellung erfordern, daß dort der Kampf gegen das Wochenbettfieber immer glänzendere Erfolge zeitigt. Dührssen schätzt die Bedeutung der Anstaltsgeburtshilfe auch für die Verhütung des Puerperalfiebers trotzdem hoch ein. Vgl. „Die neue Geburtshilfe", S. 146 ff. — In der Frage „Haus- oder Anstaltsgeburt" tritt er unbedingt für die letztere ein.

Außerdem fordert Dührssen die Begründung geburtshilflicher Ambulatorien.

Die Zahl der vorhandenen Betten und Unterkunftsmöglichkeiten

---

* Vergl. Alfons Fischer, Grundriß der sozialen Hygiene, Kap. III A. 1 und 2 V. 2 und 5. Max Hirsch widmet dieser Frage ein ganzes Kapitel in seinem Buche „Fruchtabtreibung, Präventivverkehr und Geburtenrückgang", Würzburg 1914. (Kap. 11. Kampf gegen die Gefahren des Wochenbettes. Anstaltsentbindung oder Geburt im Hause?)



für Frauen, bei denen nach unseren Grundsätzen Anstaltsgeburtshilfe nötig wäre, reicht auch nicht annähernd aus, um dem Bedürfnis zu genügen. Wir müssen unbedingt danach streben, daß zum mindesten jede Kreisstadt in ihrem Kreiskrankenhause eine geburtshilflich-gynäkologische Abteilung erhält, und daß auch in den Großstädten die vorhandenen Abteilungen vermehrt werden, auf dem flachen Lande hingegen in ausreichender Zahl kleine Krankenhäuser unter der Leitung bewährter Praktiker begründet werden. Der gegenwärtige Zustand, daß selbst an recht großen Krankenhäusern die gynäkologische Abteilung dem Chirurgen untersteht, während die geburtshilfliche ein Anhang der inneren Abteilung ist (!)*, entspricht in keiner Weise mehr der gegenwärtigen Bedeutung weder der Gynäkologie noch der Geburtshilfe**.

Wenn Grotjahn auch für jede Erstgebärende obligatorische Anstaltsentbindung fordert, so hat dies natürlich vieles für sich — es ließe sich dadurch in vielen Fällen der unerfreuliche Ausgang der „Probegeburt" verhüten. Dies ist um so wesentlicher, als man ja doch nie weiß, welche Schranken der Fruchtbarkeit gezogen sind („Einkindsterilität"). Es dürfte jedoch trotzdem nicht erforderlich sein, die Klinikgeburt für jede Erstgebärende obligatorisch zu machen, sondern es scheint mir zu genügen, wenn man durch Aufklärung den heutzutage ohnehin bestehenden Zug der Frauen zur Klinik in diesen Fällen unterstützt und so bewirkt, daß möglichst viele fakultativ von der Gelegenheit zur klinischen Geburt Gebrauch machen.

Wenn aber hier und an anderen Stellen von obligatorischer Anstaltsentbindung in bestimmten Fällen die Rede war, so entsteht die bedeutsame Frage: Wer hätte denn die einschlägigen Vorschriften zu erlassen und über deren Ausführung zu wachen?

* Derartige Verhältnisse sind mir auch von einigen größeren Krankenhäusern bekannt.

** Sellheim (Hygiene und Diätetik S. 270) erhebt die Forderung, den geburtshilflichen Praktikern in geburtshilflichen Abteilungen an den Krankenhäusern ein gutes aseptisches Milieu zur Verfügung zu stellen und ihnen so auch die Ausführung schwieriger geburtshilflicher Operationen zu ermöglichen. Er tadelt es auch bitter, wenn die geburtshilfliche Abteilung als Anhang der inneren Abteilung geführt wird!

Vergl. Sellheim, Die Verbesserung der Geburtsleitung durch Ausführung der großen geburtshilflichen Operationen von Praktikern. Zbl. für Gyn. 1909, Nr. 37. —

Zum mindesten an den größeren Krankenhäusern darf es in Hinkunft auch nicht mehr als Regel gelten, daß die Gynäkologie von einem ausschließlich chirurgisch geschulten Arzt ausgeübt wird. Eine derartige „Chirurgogynäkologie" würde übersehen, daß die Beherrschung der operativen Technik noch lange nicht das Wesentlichste ist, was heutzutage vom Gynäkologen verlangt werden muß. —

Für sehr bedeutungsvoll hält Sellheim auch den Anschluß einer Hebammenlehranstalt an die Universitätsklinik; er spricht sich dagegen aus, diesen Zusammenhang dort, wo er besteht, trennen zu wollen.

Es gibt hier zwei Möglichkeiten: Gesetzliche Regelung oder Selbstkontrolle der Ärzteschaft. Die Hebammen scheiden hier aus, da sie ja bezüglich der Durchführung ihrer Vorschriften der Aufsicht der Kreisärzte, also staatlicher Organe, unterstehen.

Die erstere Möglichkeit — die der gesetzlichen Regelung, die womöglich kasuistisch genau in allen Einzelheiten die Fälle abzugrenzen bemüht sein müßte, in denen Haus- oder Anstaltsgeburt am Platze ist, ohne die Aussicht, jemals die Fülle der tatsächlichen Möglichkeiten erschöpfen zu können! — diese Möglichkeit dürfte mit Recht unter den Ärzten nur wenig Anklang finden. Der Gedanke einer solchen gesetzlichen Regelung verträgt sich schlecht mit dem der Berufsfreiheit der Ärzte; es ist aber auch ein Unding, durch Gesetz dem Arzt Normen für sein therapeutisches Handeln vorzuschreiben. Dem freien Ermessen und dem Verantwortungsgefühl des Arztes muß es letzten Endes stets überlassen bleiben, welche Maßnahmen er in einem schwierigen Falle anzuordnen für gut befindet.

Dem Einwande, daß dann die Verwirklichung der erstrebten Organisation der Geburtshilfe im Sinne der Sellheimschen Dreiteilung illusorisch gemacht werden könne, darf entgegnet werden:

So gut wie es heute fast allgemeiner Brauch unter den Ärzten ist, in schwierigen Fällen einen Facharzt zuzuziehen oder den Kranken der Klinik zu überweisen — so gut, wie es auch ohne gesetzlichen Zwang sich durchgesetzt hat, daß ernsthaftere Operationen bloß unter den Kautelen der Klinik ausgeführt werden — ebensogut wird es sich auch bei zielbewußter Mitarbeit der Ärzteschaft durchsetzen, daß in den von uns charakterisierten Fällen Anstaltsgeburtshilfe einzusetzen hat. — Gilt es einmal allgemein als Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst, anders zu handeln, dann richtet sich auch bei der forensischen Beurteilung von Kunstfehlern auch die Rechtsprechung danach. Stets hat für diese bei der Frage nach dem Vorliegen eines Kunstfehlers der Umstand eine entscheidende Rolle gespielt, ob das Handeln des Arztes den Regeln der ärztlichen Kunst angemessen war. — Wer als der lex artis entsprechend zu beurteilen ist, bestimmt sich nach dem jeweiligen Stande der ärztlichen Wissenschaft. Auch dieser dürfen wir durch „gesetzliche Regelung" keine Fesseln auferlegen. Es gibt Materien von einer solchen Subtilität, daß sie eine gesetzgeberische Behandlung nicht vertragen. —

Auch unter der Herrschaft des kommenden Strafgesetzbuches (Entwurf von 1925) dürfte sich in der rechtlichen Beurteilung von Verstößen gegen die Regeln der ärztlichen Kunst wenig ändern. § 238 des Entwurfes stellt darauf ab, ob die „Eingriffe und Behandlungsweisen der Übung eines gewissenhaften Arztes entsprechen".

Vgl. Begründungsschrift S. 123: „Der Maßstab, nach dem sich die Zulässigkeit des Eingriffes oder der Behandlungsweise beurteilt, bildet die Übung eines gewissenhaften Arztes. Der Eingriff oder die Behandlung muß somit nicht nur nach den Regeln der ärztlichen Wissenschaft angezeigt sein und kunstgemäß ausgeführt werden, sondern auch vom Standpunkt der ärztlichen Ethik aus statthaft erscheinen".

Sind wir erst einmal so weit, daß es z. B. als ein Verstoß gegen die ärztliche Ethik gilt, bei Beckenenge das lebende Kind zu perforieren, wenn die Möglichkeit zur Kliniküberweisung der Schwangeren bestand, so wird es ein Leichtes sein, solche und ähnliche unserem Empfinden widersprechende Eingriffe und Behandlungsweisen auch als Kunstfehler verfolgen zu können. — Bei dem gewählten Beispiel bin ich mir wohl bewußt, daß gerade auf den Fall der Perforation wegen ihrer eigenartigen Rechtslage der § 238 des Entwurfes sich nicht anwenden läßt; wohl aber wird zur Beurteilung der Frage, ob ein ärztlicher Kunstfehler vorlag, die Begründung zu § 238 E maßgebend sein. Die Hauptsache bleibt, daß wir eine Handhabe gegen alle Handlungen haben, die der Übung eines gewissenhaften Arztes nicht entsprechen.

Das aber genügt in diesem Falle für uns. Ist es erst einmal allgemein feststehende Überzeugung bei uns geworden, daß es der Übung eines gewissenhaften Arztes nicht entspricht, die Kreißende so lange mit allen möglichen Methoden zu malträtieren, wie erfolglos fortgesetzte Walchersche Hängelage, Hofmeiersche Impressionen*, dem beliebten „Kristellern", der hohen Zange und vor allem der „prophylaktischen Wendung" selbst bei fest aufgepreßtem Kopf und lange gesprungener Blase! — bis schließlich das Kind perforiert werden muß — dann haben wir alle Handhaben, die Mitwelt vor dem Wirken eines solchen „Geburtshelfers" zu schützen. Auch die ärztliche Ehrengerichtsbarkeit vermag auf Grund des Ehrengerichtsgesetzes, das gewissenhafte Berufsausübung zur Pflicht macht, sowie einer entsprechenden Bestimmung in der Standesordnung hiergegen vorzugehen. Jedenfalls hält in solchen Fragen der Ärztestand am besten selbst sein Haus rein. Aus uns selbst heraus müssen wir lernen, die sittlichen Gefahren und Versuchungen zu überwinden, die letzten Endes in den Kehrseiten des sonst so segensreich wirkenden Individualismus im Heilberufe wurzeln. Dies ist nur möglich, indem wir den sittlich berechtigten Gehalt der Idee des Individualismus von den ihm an-

* Selbstverständlich haben in der Klinik diese Eingriffe auch heute noch innerhalb gewisser Grenzen ihre Berechtigung.



haftenden Mängeln läutern helfen durch Vertiefung und Verschmelzung mit dem berechtigten Gedankengehalt des Kollektivismus: Der Lehre von der sozialen Bindung und Verantwortung des Individuums. Einen gerechten Augleich zu schaffen zwischen den Interessen des Einzelnen und der Gesamtheit — das ist auch hier höchstes Ziel! In dem Bekenntnis zu diesem Gedanken liegt ein Moment der Erziehung zur höchsten Verantwortlichkeit gegen Volk und Gesellschaft.

Daß zur Erreichung dieses Zieles auch ihr Teil beisteuern möge die Vertiefung des Verantwortlichkeitsgefühles der Geburtshelfer — daß jeder, wie ich eingangs bemerkte, sich als „berufener Hüter der Volkskraft“ und der ihm anvertrauten Frauengesundheit fühle, dazu beizutragen, ist Zweck und Absicht dieser Abhandlung gewesen.

